

ПРИНЦИПЫ

ОТБОРА

ДЕТЕЙ

ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ

ШКОЛЫ



ПР

Е

ПРИНЦИПЫ ОТБОРА ДЕТЕЙ ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
Г. М. ДУЛЬНЕВА и А. Р. ЛУРИЯ

*Издание 3-е,
исправленное и дополненное*

МОСКВА, „ПРОСВЕЩЕНИЕ“, 1973

е
о-
и
ю
о-

е
а-
з-
ка
т-
ix

ь-
е
ю
ет

и-

ко
го
де
ия
о-
у-

га
ix
с-
о-
а-
с-

з-
о-

—
) ;

—
а-
) ,
и

3

371.9
П 76

Рекомендовано к изданию Редакционно-издательским Советом АПН СССР

П 76 Принципы отбора детей во вспомогательные школы. Под ред. Г. М. Дульнева и А. Р. Лурия. Изд. 3-е, испр. и доп. М., «Просвещение», 1973.

224 с.

В книге рассказывается об организации комплексного изучения детей в целях выявления умственной отсталости и предупреждения ошибок в диагностике; описываются различные формы умственной отсталости, а также практические приемы обследования детей.

Пособие рассчитано на учителей вспомогательных школ, врачей и членов медико-педагогических комиссий.

6—4—4

182—73

371.9

ПРИНЦИПЫ ОТБОРА ДЕТЕЙ ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ

Редактор И. В. Жуков

Художественный редактор А. И. Овчинников

Технический редактор З. Б. Хамидулина

Корректор Г. Л. Нестерова

Сдано в набор 17/V 1972 г. Подписано к печати 12/IX 1972 г. 60×90¹/₁₆. Печ. л. 14.
Уч.-изд. л. 16,14. Тираж 20 000 экз.

Издательство «Просвещение» Государственного комитета Совета Министров РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, 3-й проезд Марьиной рощи, 41.

Полиграфическое объединение «Полиграфист» Управления по печати Мосгорисполкома. Москва, ул. Макаренко, 5/16. Заказ № 691.

Цена без переплета 44 к., переплет 24 к.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. Проблема отбора детей во вспомогательную школу	
1. Задачи вспомогательной школы	4
2. Проблема умственной отсталости и отбор детей во вспомогательные школы	6
Глава II. Дети, не успевающие в младших классах массовой школы	
1. Неуспеваемость детей в массовой школе и задачи учителя в оценке причин неуспеваемости	19
2. Собираание материала для педагогической характеристики	29
Глава III. Дети, подлежащие направлению во вспомогательную школу	
1. Дети-олигофрены	40
2. Дети с умственной отсталостью, возникшей в результате травматического поражения мозга	76
3. Дети с умственной отсталостью, возникшей в результате перенесенных ими менинго-энцефалитов	81
4. Дети с текущим эпилептическим процессом	85
5. Дети с шизофреническим слабоумием	92
Глава IV. Дети, не подлежащие направлению во вспомогательную школу	
1. Дети с временной задержкой общего развития	96
2. Дети с цереброастеническими состояниями	108
3. Дети с дефектами слуха и речи	115
Глава V. Методы клинического исследования ребенка в медико-педагогической комиссии	
1. Основы клинического изучения ребенка в медико-педагогической комиссии	123
2. Анамнез	126
3. Соматическое исследование	132
4. Неврологическое исследование	137
5. Логопедическое исследование	146
6. Психопатологическое исследование	151
Глава VI. Методы психолого-педагогического исследования ребенка в медико-педагогической комиссии	
1. Принципы психолого-педагогического исследования ребенка в медико-педагогической комиссии	157
2. Метод беседы	162
3. Наблюдение за игровой деятельностью ребенка	166
4. Исследование состояния школьных навыков	170
5. Изучение понимания ребенком литературного текста	192
6. Использование наглядных средств при исследовании познавательных процессов	200
Глава VII. Составление заключения о ребенке	
Приложение	218

ПРЕДИСЛОВИЕ

Отбор детей во вспомогательные школы является ответственным и вместе с тем трудным делом в работе учителей-дефектологов и врачей-психоневрологов. Решение приемо-отборочных комиссий об отнесении ребенка к категории умственно отсталых и о переводе его из массовой школы во вспомогательную должно выноситься с величайшей осторожностью, после тщательного и всестороннего изучения развития ребенка.

В данной книге показывается, как должно быть организовано комплексное (медицинское и психолого-педагогическое) изучение детей с целью распознавания умственной отсталости и предупреждения ошибок в диагностике. Основной причиной ошибочного диагностирования умственной отсталости у ребенка является то обстоятельство, что медицинское и педагогическое изучение нередко проводится без должной взаимосвязи и сопоставления фактов, полученных при изучении ребенка.

Между тем ошибочное направление нормального ребенка во вспомогательную школу может вредно отразиться на его развитии, поскольку содержание общеобразовательного обучения в этой школе элементарно. Нужно особенно учесть, что ошибочное отнесение к категории умственно отсталых травмирует психику ребенка и его родителей.

В книге излагаются также вопросы дифференциальной диагностики, описываются различные клинические формы умственной отсталости.

«Умственная отсталость» есть собирательное понятие, которое нередко отождествляется с понятием «олигофрения», между тем олигофрения — это только одна из клинических форм умственной отсталости. Точное установление клинической формы умственной отсталости необходимо не только для решения вопроса о направлении ребенка во вспомогательную школу, но и для обоснования индивидуального подхода к ребенку в процессе его воспитания и обучения.

Неправильно было бы ожидать, что в данной книге будут даны ответы на все конкретные вопросы, возникающие в практике работы приемо-отборочных комиссий. Поэтому очень важно для работающих в приемо-отборочных комиссиях использовать не только описанные в книге практические приемы обследования детей, но прежде всего в своей работе исходить из правильного понимания сущности умственной отсталости. Это позволит сделать работу комиссий более обоснованной и, следовательно, избежать возможных ошибок.

Ряд разделов книги адресован врачам-специалистам; материал этих разделов изложен с широким использованием специальной медицинской терминологии. Однако эти разделы будет полезно изучить и педагогам.

Глава I написана Г. М. Дульневим и А. Р. Лурия; главы II и VI — В. Я. Василевской с участием Н. Ф. Кузьминой-Сыромятниковой (арифметика); глава III — М. С. Певзнер с участием С. С. Ляпидевского (3)¹; глава IV — М. С. Певзнер с участием Т. А. Власовой (3) и С. С. Ляпидевского (2); глава V — М. С. Певзнер (1 и 6), С. С. Ляпидевским (2), О. Д. Кудряшовой (3), Е. Н. Винарской (4), О. В. Правдиной (5); глава VII — М. С. Певзнер и В. Я. Василевской.

¹ В скобках указаны разделы главы.

Глава I

ПРОБЛЕМА ОТБОРА ДЕТЕЙ ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНУЮ ШКОЛУ

1. ЗАДАЧИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Среди детей школьного возраста есть количественно небольшая группа, которая не может обучаться в обычных массовых школах. Это глухие, слепые, умственно отсталые и другие категории аномальных детей.

Советское государство организовало в системе министерств просвещения особые, специальные школы для аномальных детей. К числу таких специальных школ относятся вспомогательные школы, в которых воспитываются умственно отсталые дети.

По своей структуре, задачам и содержанию обучения вспомогательные школы существенно отличаются от обычных общеобразовательных школ, в которых обучаются нормальные дети.

Умственно отсталые дети имеют глубокое своеобразие в своем психофизическом развитии. Это своеобразие может быть весьма различным, так как причины умственной отсталости разнообразны. Однако, несмотря на разнообразие причин умственной отсталости, учащиеся вспомогательной школы, особенно в первые годы обучения, имеют ряд общих характерных черт.

Умственно отсталые дети отличаются прежде всего недоразвитием или нарушением познавательной деятельности, что связано с особенностями их речи и мышления. Как правило, в мышлении умственно отсталых детей резко снижены функции отвлечения и обобщения, на основе которых возможно овладение сложными системами связей, заключенными в школьных знаниях. Даже простейшие связи и отношения между предметами и явлениями учащиеся вспомогательной школы могут осмысливать только с помощью учителя.

Одной из общих черт большинства умственно отсталых детей, особенно в младшем возрасте, является снижение организующего значения речи в их деятельности. Всякого рода словесные указания, инструкции, которые имеют место в учебном процессе, организуют деятельность умственно отсталых только при постоянной помощи учителя, многократном повторении указаний и неоднократном наглядном показе того, что и как делать.

К числу общих черт умственно отсталых детей относятся и довольно резкие нарушения в их физическом развитии. Это выражается в первую очередь в слабости общего состояния здоровья,

что связано теснейшим образом с нарушениями в деятельности центральной нервной системы.

Многолетний опыт обучения и воспитания умственно отсталых детей показывает, что при создании определенных педагогических условий эти дети способны к овладению элементарными знаниями и навыками, способны овладеть простейшими видами труда и их общее умственное развитие может быть в значительной мере улучшено.

Следовательно, дефекты умственного развития, возникшие в силу нарушений высшей нервной деятельности ребенка, могут быть сглажены, компенсированы, но для этого необходимы соответствующие педагогические и оздоровительные условия. Одним из таких условий является особая структура организации вспомогательной школы. Срок обучения во вспомогательной школе 8 лет. За этот срок учащимся сообщают элементарные общеобразовательные знания и навыки в объеме, предусмотренном специальными программами. Кроме того, все учащиеся включаются в профессионально-трудовое обучение. Они обучаются швейному, трикотажному, столярному, слесарному, картонажно-переплетному делу и другим видам труда. За последние годы в ряде вспомогательных школ успешно практикуется обучение сельскохозяйственному труду.

Особенность построения учебного плана вспомогательной школы заключается в том, что он обеспечивает проведение системы коррекционно-воспитательных занятий, направленных на развитие учащихся. Так, с учащимися младших классов проводится длительная работа по воспитанию у них навыков целенаправленной учебной деятельности; в системе предметных уроков и уроков ручного труда у учащихся уточняются и формируются представления об окружающем мире, воспитываются необходимые для усвоения учебного материала качества речи (умение выслушать вопрос, выполнить простейшие задания по словесным указаниям и др.). Именно поэтому воспитательная работа во вспомогательной школе имеет не просто важное, но и специфическое значение.

Необходимо отметить, что формирование навыков учебной и практической деятельности осуществляется на всех этапах обучения умственно отсталого ребенка во вспомогательной школе. Если в младших классах учитель добивается формирования у детей качеств, необходимых для организованного школьного обучения, то далее перед учителем ставится задача воспитания у учащихся самостоятельности, умения использовать знания в практической деятельности, воспитания любви к труду и т. п.

В целях подготовки учеников к профессионально-трудовому обучению в младших классах проводятся уроки ручного труда, практические занятия в уголке живой природы, на школьном учебно-опытном участке, экскурсии. В этих же классах уделяется большое внимание воспитанию навыков самообслуживания.

В старших классах (V—VII) учащимся сообщаются элементарные систематические знания и навыки по родному языку, арифметике, естествознанию, географии и по одному из видов профессионального труда.

Для коррекции недостатков физического развития учащихся вспомогательная школа использует систему занятий по ритмике, лечебной гимнастике и физкультуре.

В задачу вспомогательной школы входят также организация и проведение системы оздоровительных мероприятий. Оздоровительная работа во вспомогательной школе есть одно из необходимых условий для более успешного обучения и воспитания детей и правильной организации их трудовой подготовки.

Умственно отсталые дети по состоянию своего здоровья, и прежде всего по состоянию деятельности центральной нервной системы, нуждаются в специальном режиме труда, отдыха, питания, а также в особой системе медикаментозного и физиотерапевтического лечения.

Успех обучения и воспитания умственно отсталых детей во многом зависит от того, насколько хорошо изучены индивидуальные особенности детей, их потенциальные возможности. Поэтому в задачу вспомогательной школы входит организация и систематическое проведение педагогического и психоневрологического изучения учащихся.

Знание индивидуальных особенностей учащихся позволяет учителю обоснованно использовать тот или иной прием работы с учеником, по-разному подходить к ученикам в отношении темпов работы, объема изучаемого учебного материала, а также использования наглядных и словесных средств обучения и т. п.

Чтобы обеспечить длительное организованное воздействие на развитие умственно отсталых детей, большинство вспомогательных школ представляют собой интернаты. Это дает возможность проводить с учащимися, кроме учебных занятий в классах и в учебных мастерских, внеклассные воспитательные мероприятия, способствующие их умственному и нравственному развитию.

Содержание, темпы и методы обучения во вспомогательной школе направлены прежде всего на коррекцию развития личности умственно отсталого ребенка; нормальный ребенок, попавший в условия вспомогательной школы, поневоле будет задерживаться в темпах своего развития. Поэтому такое важное значение придается правильному, научно обоснованному отбору детей во вспомогательные школы.

2. ПРОБЛЕМА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ И ОТБОР ДЕТЕЙ ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ

В практике комплектования вспомогательных школ еще не все обстоит благополучно. Еще имеются случаи направления во вспомогательные школы детей, не относящихся к категории

умственно отсталых, а лишь не успевающих в массовой школе; отставание таких детей должно быть ликвидировано либо в самой массовой школе, либо в таких учебных заведениях, как школа глухих, слабослышащих, для детей с нарушениями речи и т. д.

Нередко во вспомогательные школы направляются дети с необоснованным врачебным диагнозом «олигофрения». Это нормальные, но педагогически запущенные дети или дети, которые подлежат помещению в учреждения министерств социального обеспечения. В результате во вспомогательной школе нередко оказываются дети, которые не подлежат обучению в ней.

Принципы и методы отбора детей во вспомогательную школу требуют серьезного и тщательного исследования и обоснования. До сих пор многие проблемы умственной отсталости еще не выяснены окончательно и ждут своего решения.

Остановимся на основных причинах, вызывающих неправильное направление некоторых детей во вспомогательные школы, и попытаемся наметить пути, при помощи которых можно улучшить диагностику умственной отсталости и тем самым комплектование вспомогательных школ.

Одной из причин неправильного направления детей во вспомогательные школы является *наличие неверных представлений о природе умственного развития, о причинах задержки или нарушения умственного развития, о сущности умственной отсталости.*

После постановления ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросов» (1936) в среде наших педагогов в основном преодолены неверные представления о природе умственного развития ребенка, но пережитки этих ненаучных представлений еще продолжают отрицательно влиять на практику отбора детей во вспомогательные школы.

Педологические представления были привнесены в нашу науку из зарубежной педагогики. В капиталистических странах и в настоящее время педологическая теория широко распространена и служит как бы «научным» оправданием практики комплектования общеобразовательных школ, которая имеет там ярко выраженный классовый характер.

Согласно этим представлениям, каждый человек обладает от природы различной степенью умственных способностей, или интеллекта. Умственные способности якобы определяются врожденными задатками, которые достаточно отчетливо проявляются уже к дошкольному возрасту. В течение дальнейшей жизни они не изменяются заметным образом. По мысли некоторых зарубежных психологов и педагогов, значительная часть детей обладает «средним» интеллектом, а некоторые дети являются от природы «высоко интеллектуальными» или, наоборот, — «интеллектуально неполноценными». Задача педагогики заключается в том, чтобы при помощи «психологических испытаний», или тестов, как можно раньше отобрать из всей массы детей «высоко интеллектуальных» и «интеллектуально неполноценных», с тем что-

бы уже с самого начала обучать первых по расширенной программе, а последним давать лишь ограниченное образование, обучая их по неполной программе. Таким образом, с самого начала обучения определяется весь дальнейший жизненный путь ребенка, причем судьба детей решается кратковременными испытаниями. Естественно, что дети обеспеченных семей, подготовленные лучше, показывают в этих испытаниях высокие результаты и направляются в соответствующие школы повышенного типа, в то время как дети необеспеченных семей обычно дают при этих испытаниях худшие результаты и сразу обрекаются на обучение по пониженным программам, попадая в школы, где, например, не изучают алгебры и геометрии, якобы недоступных для «слабо одаренных» детей.

Надо отметить, что представители прогрессивной педагогики зарубежных стран резко восстают против подобной практики. Они убедительно доказывают, что умственные способности человека не определяются «врожденным интеллектом», который якобы может быть безошибочно обнаружен с помощью психометрических тестов, что подобный отбор детей не имеет под собой никаких научных основ. Представители прогрессивной педагогики резко отвергают такую практику как вредную и антинаучную и ведут против нее борьбу¹.

Советская наука давно разоблачила ложные представления о том, что умственное развитие ребенка является результатом «врожденного интеллекта», который фатально определяет дальнейшую судьбу ребенка.

Все научные данные, которыми располагают советские исследователи, показывают, что умственное развитие ребенка формируется в процессе его жизни и под прямым воздействием обучения. Вот почему описанным выше антинаучным взглядам советская педагогика противопоставляет научно обоснованные взгляды, исходя из которых и осуществляется совершенно иной подход к проблеме изучения учащихся и отбор детей, подлежащих обучению во вспомогательных школах.

Советская наука в корне отвергает ложную идею, согласно которой умственное развитие зависит от метафизически понимаемых «врожденных свойств» личности, и считает принципиально вредными попытки подменить внимательное изучение особенностей умственного и нравственного развития ребенка применением поверхностных задачек-тестов, решающих его судьбу.

Советская педагогическая наука исходит из того положения, что умственное и нравственное развитие ребенка не является простым обнаружением ка-

¹ Убедительная критика системы отбора детей по психометрическим тестам дана за последнее время в двух книгах прогрессивного английского педагога Брайана Саймона (B. Simon. Intelligence testing and the comprehensive school. London, 1953; The common Secondary school. London, 1955).

ких-то «заложенных от природы» и тем более «наследственных способностей».

Врожденные задатки детей (тип нервной системы, та или иная скорость его реакции), конечно, играют определенную роль, но сами они непосредственно никак не могут определить дальнейшего развития и формирования умений и навыков.

Умственное и нравственное развитие ребенка, как и всякое развитие, является процессом формирования психических свойств под влиянием теснейшего взаимодействия ребенка со средой. Основные свойства психических процессов, и прежде всего особенности умственной деятельности ребенка, являются продуктом его развития, результатом сложнейших временных связей, которые формируются под влиянием общения ребенка со взрослыми, овладения языком, а также обучения.

Обучение не идет вслед за спонтанным, фатальным созреванием природных задатков; оно само формирует психическое развитие ребенка, создает новые свойства его психической деятельности.

Ребенок к полутора годам начинает овладевать элементами речи; в три-четыре года научается подражать взрослым и выполнять довольно сложные действия по речевому заданию; к пяти годам он приучается выполнять свои собственные замыслы.

В процессе обучения и воспитания в детском саду у ребенка дошкольника формируется собственное сложное, произвольное, волевое поведение. Под влиянием взрослых ребенок приучается выделять из окружающего нужные предметы, запоминать и припоминать нужные материалы; у него развиваются новые психологические функции — произвольное внимание, опосредованная, логическая память, — функции, которые не даны ему от природы в виде каких-либо психических свойств, а которые складываются, формируются в процессе развития.

Те формы поведения, которые ребенок приобрел в процессе общения со взрослыми, в ходе обучения, постепенно усваиваются им и становятся способом его собственного действия, формой психической деятельности.

Вот почему следует считать, что произвольное внимание, логическая память, речевое мышление, волевое поведение не «прирожденные функции мозга», не унаследованные свойства психики ребенка, а продукт сложного развития, продукт формирования психики ребенка в процессе общения и обучения. Этот материалистический взгляд на развитие, одинаковый и в мичуринской биологии, и в рефлексорном учении И. П. Павлова, и в передовой советской педагогике и психологии, показывает, что индивидуальные особенности нервной системы не являются чем-то фатально обуславливающим дальнейшее психическое развитие ребенка.

Ребенок может обладать различными свойствами нервной системы, выражающимися в том или ином типе нервной деятель-

ности. Его нервная система может в различной степени проявлять такие изученные в школе И. П. Павлова особенности, как сила нервных процессов, их уравновешенность или подвижность. Однако, как показала советская психология, под влиянием обучения и воспитания дети с различными особенностями нервных процессов могут одинаково успешно справляться со сложными задачами обучения и становиться волевыми, целенаправленными школьниками, хорошо овладевающими основами наук. Исследования советских психологов (Б. М. Теплов, Н. С. Лейтес) показывают, что среди успешно оканчивающих школу учащихся имеются представители разных типов нервной системы, по-разному подходящие к усвоению школьных знаний, но одинаково отлично обучающиеся. Разные ученики могут иметь неодинаковую от природы память или быстроту ассоциаций; но даже имеющие у некоторых из них недочеты памяти или относительная замедленность ассоциаций могут при известных условиях компенсироваться с помощью тех средств и приемов, которые ученики могут приобрести в процессе обучения.

Углубляя понимание задач, уясняя цель действия, овладевая приемами и средствами организации своего поведения, человек развивает волевою деятельность, одинаково доступную людям с разными типами нервной системы, и, следовательно, компенсирует те недостатки, которые могут у него быть от природы.

Психическое развитие ребенка, происходящее в процессе обучения, ведет, следовательно, к компенсации его природных недочетов, которые благодаря этому перестают определять границы его психического развития.

Вот почему наличие индивидуальных особенностей в психических процессах ни в какой степени не может стать основанием для того, чтобы отнести детей к группам различной «интеллектуальной одаренности», фатально определяющей их дальнейшее развитие, и тем более для того, чтобы направлять детей в тот или иной тип школ.

Советская педагогика видит свою задачу не в том, чтобы пассивно следовать за природными особенностями ребенка, а в том, чтобы дать детям, обладающим различными особенностями нервной системы, возможность дальнейшего развития, помочь им различными путями овладеть основами наук, развить их психические способности в процессе обучения и сформировать из них активных членов общества.

Лишь в тех случаях, когда ребенок перенес во внутриутробном периоде или в раннем возрасте серьезное мозговое заболевание, грубо нарушившее его дальнейшее развитие и сделавшее его умственно неполноценным, можно говорить об умственной отсталости, которая делает обучение ребенка в массовой школе невозможным и требует перевода его во вспомогательную школу. Чтобы отобрать умственно отсталых детей, подлежащих обучению во вспомогательных школах, необходимо уметь отличить их

от нормальных детей, хотя бы и задерживающихся в своем развитии. Для этого нужно внимательно разобраться в том, что представляет собой умственное развитие ребенка и в силу каких разнообразных причин оно может задерживаться.

Каковы же основные условия, необходимые для нормального развития ребенка?

Первым и важнейшим условием нормального формирования психического развития является *нормальная работа головного мозга и его коры*.

Как известно, основой психического развития является образование сложных временных связей. Естественно, что для этого необходимо, чтобы центральная нервная система ребенка могла тонко анализировать раздражения, приходящие из действительности, и синтезировать их в четкие системы, а также создавать прочные и дифференцированные временные связи. Все это нужно для того, чтобы ребенок вовремя задерживал, тормозил неправильные и преждевременные ответы и прочно сохранял правильные системы реакций, вовремя заменял ставшие ненужными связи другими, нужными в данный момент.

Вся эта сложнейшая деятельность осуществляется корой головного мозга, работа которой должна отличаться нормальной уравновешенностью раздражительных и тормозных процессов и высокоразвитой способностью замыкать прочные, но вместе с тем подвижные нервные связи.

Одним из важнейших свойств нормально функционирующей коры головного мозга является возможность вырабатывать и прочно удерживать такие сложные связи, в образовании которых принимают участие не только непосредственно действующие на человека раздражители, но и та система связей, которая выработалась у него на основе общения с другими людьми, на основе слова.

Индивидуальные различия в нервной деятельности не мешают ему в этом и ведут лишь к тому, что в процессе развития у разных детей вырабатываются разные приемы усвоения знаний, разные пути организации поведения.

Однако в тех случаях, когда в результате какого-либо тяжелого заболевания мозг приходит в патологическое состояние, процесс нормального психического развития может существенно нарушиться. Измененный болезнью мозг будет не в состоянии замыкать сложные, прочные и подвижные нервные связи; если нормальное участие слова в образовании сложных связей не будет обеспечено, выпадает основное условие для успешного формирования сложных психических процессов отвлечения и обобщения.

Измененная патологическим процессом мозговая ткань не в состоянии осуществлять сложные формы анализа и синтеза действительности, не может замыкать прочные системы временных связей; нормальное соотношение раздражительных и тормозных

процессов нарушается, сложные формы активного внутреннего торможения становятся недоступными; нервные процессы теряют свою подвижность, и замыкание сложных систем связей, формирующихся при ближайшем участии отвлекающей и обобщающей функции слова, становится невозможным. В результате поражения коры головного мозга нарушается нормальная совместная работа двух сигнальных систем, и все умственное развитие ребенка принимает глубоко патологический характер. *Такая глубокая патология мозговой деятельности, нарушающая основные формы сложных нервных процессов, и является физиологической сущностью умственной отсталости. Только такие дети и являются в подлинном смысле слова умственно отсталыми, только они и должны быть направлены во вспомогательные школы.*

Второе условие нормального развития — *нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов.* Нормальное отражение действительности и нормальное общение, лежащие в основе психического развития, предполагают общее здоровье и сохранение нормального тонуса нервных процессов, нужной работоспособности ребенка.

Если этого нормального тонуса нервных процессов не будет (а именно это имеет место у ослабленных детей, перенесших дистрофию, травму или воспалительные процессы, а также у так называемых нервных детей, у которых нервная клетка может отличаться слабостью и легко переходить в состояние истощения и запредельного торможения), то нормальное развитие ребенка невозможно.

Характерной особенностью астенизированных детей является типичная для них слабость нервной клетки, значительное снижение работоспособности. Есть основание считать, что кора головного мозга у части таких детей находится в постоянном тормозном, или, как говорит И. П. Павлов, «фазовом», состоянии. Типичным для этого состояния является тот факт, что такой ребенок может правильно реагировать лишь на относительно слабые раздражители и не может адекватно отвечать на более сильные раздражители, не может переносить более высокую нагрузку. Так, например, если учитель обращается к ребенку в повышенном тоне, у школьника перестает активно функционировать кора головного мозга и он перестает работать вместе с классом.

Естественно, такие дети также будут не способны к нормальному развитию, будут задерживаться в развитии; однако их нельзя относить к категории умственно отсталых. Они отстающие, *но не умственно отсталые дети.*

Эти дети нуждаются в специальных лечебно-оздоровительных мероприятиях, в охранительном режиме, лечебном укрепляющем и специальном воспитательном воздействии; некоторые из них могут на время направляться в лечебно-оздоровительные учреждения, но не должны переводиться во вспомогательные школы.

Третьим условием нормального развития является *сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром.*

Сам по себе дефект зрения или слуха никак не связан с умственной отсталостью, но даже относительно слабая тугоухость в детском возрасте может привести к тому, что ребенок начинает плохо воспринимать постороннюю речь. Известно, что речь, обращенная к ребенку, и особенно речь, обращенная ко всему классу, обычно не является особенно громкой. Например, флексии, связки вообще произносятся вполголоса. Поэтому понятно, что даже ребенок с легкой тугоухостью оказывается не в состоянии полностью усвоить обращенную к нему речь. Воспринимаемая им речь оказывается для него обрывочной; вместе с этим нарушается понимание грамматического строя речи, возможность правильного письма, требующего четкого анализа звуков речи. Естественно поэтому, что такой ребенок не может успешно развиваться и начинает отставать в школе. Иногда он отстает только по одному предмету, иногда по нескольким предметам. Однако это ни в какой мере не говорит об его умственной отсталости; такие дети также не должны направляться во вспомогательную школу, так как их отставание легко может быть преодолено в специальных школах, например в школах слабослышащих.

Отметим, что дифференциальная диагностика слабослышащих и подлинно умственно отсталых детей — сложная задача, требующая специальных знаний, навыков, большого опыта.

К категории аномальных относятся также дети с недостатками речи и слабовидящие, которые при своевременной помощи могут обучаться в обычной школе и которых ни при каких условиях не следует переводить во вспомогательную школу.

Существует, наконец, и четвертое условие нормального умственного развития ребенка, нарушение которого неизбежно приводит к отставанию в усвоении знаний, но еще не приводит к умственной отсталости. Этим условием является *систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.*

Только то обучение действительно формирует умственное развитие, которое является последовательным и систематическим.

Чтобы научить ребенка правильно писать, надо как следует отработать систему анализа слова и синтеза звуков, иначе письмо останется неграмотным.

Чтобы научить ребенка счету, необходимо хорошо отработать числовой ряд, умение ориентироваться в порядке чисел в ряду, называть цифры, расположенные до и после заданных, умение образовывать числовые группы и от прямого практического пересчета перейти к обобщенному табличному счету или счету в уме.

Если все промежуточные ступени арифметического действия не будут достаточно поняты ребенком и закреплены в его навы-

ках, то и вполне нормальный ребенок не сможет овладеть арифметическим действием, будет применять неадекватные средства, начнет считать по пальцам там, где надо считать в уме, и, как правило, отстанет от других детей. Во всех этих случаях большое значение имеет индивидуальный подход учителя, правильное определение им причины неуспеваемости ребенка.

Если учитель вовремя не заметит пробелов в знаниях ученика и не попытается их ликвидировать, ученик может оказаться неспособным к восприятию более трудных арифметических действий и полностью выпадет из общей работы класса. Поэтому, несмотря на свою интеллектуальную полноценность, он может быть неправильно зачислен в категорию умственно отсталых. Такие дети изучались советскими психологами; было установлено, что специальная воспитательная работа с ними в пределах массовой школы полностью может ликвидировать их отставание.

Естественно, что смешивать отстающих детей с умственно отсталыми детьми, а тем более переводить их во вспомогательную школу было бы величайшей ошибкой.

Таким образом, мы показали, что причины неуспеваемости ребенка могут быть разные и что основная задача педагога и врача сводится к тому, чтобы различать эти разные по своей природе формы отставания и направлять во вспомогательные школы только действительно умственно отсталых детей, перенесших тяжелые мозговые заболевания и нуждающихся в специальных программах и специальных приемах воспитательной работы.

Вопросу о том, какими методами нужно осуществлять отбор детей во вспомогательные школы, посвящены последующие главы данной книги. Здесь же мы укажем лишь на те исходные положения, на основе которых должен производиться отбор детей во вспомогательные школы.

Прежде всего отбор детей должен производиться на основе тщательного и всестороннего изучения развития, включающего подробное изучение основных данных о пути психического развития ребенка, тщательный психолого-педагогический анализ дефектов, которые он обнаруживает в своей школьной практике, и, наконец, столь же тщательное исследование того, какие возможности дальнейшего развития он обнаружит, если ему будет оказана нужная помощь. Только такое изучение истории развития ребенка, особенностей его дефекта и возможности его дальнейшей компенсации может привести к полноценной характеристике ребенка и правильному диагностированию действительной умственной отсталости, к обоснованным практическим выводам о его дальнейшей судьбе.

Мы уже говорили, что умственно отсталые дети, которые подлежат обучению во вспомогательных школах, — это вовсе не дети с «низкой одаренностью»; это прежде всего больные дети, перенесшие в раннем детстве серьезные мозговые заболевания. Вследствие мозгового заболевания их нервная деятельность ока-

залась глубоко дефектной: сила нервных процессов — сниженной, нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов — нарушенным, подвижность нервных процессов — глубоко измененной. Вследствие таких изменений эти дети и не могли нормально развиваться. Дефекты высшей нервной деятельности не позволили им вовремя овладеть произвольными движениями, начать ходить и овладеть предметами обихода. В связи с дефектами нервных процессов эти дети не могли вовремя овладеть речью, и у них остались недоразвитыми связи второй сигнальной системы, которые обеспечивают сложнейшие формы отвлеченного и обобщенного отражения действительности. Из-за этих дефектов умственно отсталые дети не смогли в нужное время овладеть богатой игровой деятельностью, которая типична для ребенка дошкольного возраста и необходима для его умственного развития. Подойдя к школьному возрасту, умственно отсталый ребенок из-за этих же дефектов нервной деятельности оказывается не в состоянии производить сложную умственную работу, необходимую для усвоения понятий, он не может производить нужных отвлечений и обобщений, сравнивать и различать предлагаемый ему школьный материал, реализовывать усвоенный опыт при решении новых задач.

Умственно отсталый ребенок оказывается не в состоянии подчинить свое поведение сложным речевым заданиям, которые формулирует учитель, и строить выводы на основе речевых рассуждений, которые формируются в процессе школьного обучения. Ни самостоятельно, ни при обычном педагогическом воздействии в массовой школе умственно отсталые дети не могут компенсировать свои дефекты, и только специальные условия вспомогательной школы дают им эту возможность.

Все это заставляет начать целостное изучение умственного развития и психических особенностей этих детей с внимательного анализа заболевания, которое лежит в основе их отсталости, и особенностей психического развития, которое проделал ребенок до поступления в школу. Поэтому работа по отбору детей, подлежащих обучению во вспомогательной школе, логически должна начинаться с тщательного клинического изучения заболевания, которое имело место у ребенка в раннем детстве, и последствий этого заболевания, которые неизбежно должны были отразиться на психическом развитии ребенка, обнаруживаясь сначала в особенностях первых этапов развития ходьбы и предметных движений речи и игры и только затем проявляясь в общем поведении ребенка в школе и в его школьном обучении.

Тщательное изучение истории развития составляет первую и очень существенную часть ознакомления с ребенком, вопрос о переводе которого во вспомогательную школу возникает перед учителем. Естественно, значительную роль на этом этапе изучения ребенка играет врач-психоневролог, который должен изучить

патологические факторы, лежащие в основе аномального развития ребенка, и установить форму умственного недоразвития, к которой привело раннее заболевание мозга.

История развития ребенка обычно обнаруживает имевшееся у него заболевание и некоторые отклонения от нормального умственного развития в прошлом. Отсюда вторая важнейшая часть его изучения — анализ дефектов, которые имеются у ребенка в поведении и обучении в школе. Эта часть исследования отнюдь не должна ставить своей задачей простое подтверждение трудностей, которые испытывает педагог, обучавший этого ребенка в массовой школе. Констатировать, что ребенок не может овладеть письмом или чтением, что он плохо решает задачи, или даже установить, что у него плохая память и он недостаточно внимателен, — это вовсе не значит раскрыть природу его неуспеваемости и тем более с достаточной достоверностью сделать заключение о его возможном продвижении в будущем.

Рассматривая затруднения, которые ученик обнаруживает в процессе обучения, педагог-дефектолог должен прежде всего попытаться выяснить природу этих затруднений, вскрыть особенности психических процессов, которые лежат в их основе, и, предлагая ученику специальные виды помощи, установить, насколько ученик может воспользоваться этими видами помощи и, опираясь на них, продвигаться в своих умственных действиях. Эта работа, требующая от дефектолога серьезной психологической подготовки, необходима для того, чтобы глубже разобраться в трудностях, которые обнаруживаются у ребенка, и в конечном итоге выяснить, лежит ли в основе этих трудностей подлинная умственная отсталость или другие причины, которые отнюдь не заставляют ставить вопрос о переводе ребенка во вспомогательную школу.

Для того чтобы установить природу трудностей в обучении, а следовательно, прийти к правильной характеристике ребенка, который испытывает эти трудности, необходимо тщательно изучать самый процесс овладения школьными знаниями и навыками. При этом не следует ограничиваться только общими указаниями на затруднения в чтении, письме или решении задач, надо подвергнуть эти процессы тщательному психологическому анализу. Необходимо выяснить, какие именно недостатки (недостаток сосредоточения, недостаток абстракции и обобщения, недостаток отработанности предыдущих операций, необходимых для дальнейшего продвижения) лежат в основе этих трудностей. Естественно, такое изучение особенностей учебной деятельности должно протекать при постоянной помощи ребенку. В результате можно установить, насколько ребенок, проявляющий тот или иной дефект, оказывается в состоянии преодолеть его в процессе дальнейшего обучения.

Такое углубленное психолого-педагогическое изучение умственной деятельности ребенка и его развития в

процессе обучения является единственно правильным путем для раскрытия природы отставания ребенка и для обоснованного вывода о педагогических мероприятиях, которые могли бы обеспечить его дальнейшее развитие. Естественно, ведущую роль в этой задаче должен играть специально подготовленный педагог-дефектолог, а там, где это возможно, и специально подготовленный психолог.

Сложность и ответственность задачи, связанной с отбором детей во вспомогательную школу, определяют и формы, которые должна принять эта работа. Она должна обязательно начаться еще в массовой школе, где впервые устанавливается отставание ребенка и возникает вопрос о его возможном переводе в специальную школу. Она продолжается врачом отборочной комиссии и заканчивается учителем специальной школы в тех случаях, когда ребенок направляется туда для обучения.

В течение известного срока (меньше полугода) учитель массовой школы внимательно изучает отстающего ученика, присматриваясь к тому, какие именно трудности он испытывает при обучении, как он усваивает ту помощь, которую оказывает ему учитель, и какие особенности характера и поведения он обнаруживает, как относится ребенок к школе, учению. Лишь придя к твердому мнению о том, какие именно особенности учебной деятельности мешают ученику нормально продвигаться в обучении, и составив соответствующую развернутую характеристику, учитель направляет неуспевающего ученика в приемно-отборочную комиссию, которая только и может на основании специального комплексного исследования ребенка прийти к соответствующему диагнозу и решить вопрос о целесообразности направления ребенка во вспомогательную школу.

Первым и существенным звеном работы приемно-отборочной комиссии является тщательное медицинское исследование ребенка врачом-психоневрологом. Врач-психоневролог, работающий в приемно-отборочной комиссии, должен тщательно ознакомиться с историей жизни ребенка, его ранними (относящимися к начальному, иногда к внутриутробному периоду) заболеваниями. Проведя тщательный клинический анализ всех симптомов, проявляемых ребенком, врач, учитывая педагогическую характеристику особенностей усвоения им школьных знаний и навыков, приходит к заключению, имеется ли в данном случае основание предполагать патологический процесс или его последствия, которые привели ребенка к аномальному развитию.

Педагог-дефектолог, располагая характеристикой, полученной из школы, и данными медицинского обследования ребенка, подвергает его тщательному психолого-педагогическому исследованию. Он наблюдает ребенка в процессе обучения, игры, учебной деятельности; учитывает не только его знания, но и особенности умственных операций, с помощью которых ребенок приходит к решению предлагаемых ему задач. Этим путем педагог-

дефектолог оказывается в состоянии прийти к выводу не только об особенностях умственной деятельности ребенка, но и о некоторых данных, относящихся к его дальнейшему возможному развитию.

Такой путь работы приемо-отборочной комиссии может привести к научно обоснованному заключению о природе дефектов, обнаруженных ребенком (диагноз), к предположениям о его дальнейшем развитии (прогноз) и к рациональным формам его дальнейшего обучения.

На основании заключения ребенок либо возвращается (с соответствующими указаниями) в массовую школу, либо направляется во вспомогательную школу или в соответствующее специальное учреждение.

Важен тот факт, что направление во вспомогательную школу не всегда окончательно решает дальнейшую судьбу ребенка. Наблюдение, начавшееся в массовой школе и уточненное приемо-отборочной комиссией, продолжается во вспомогательной школе.

Согласно принятому в практике правилу, во вспомогательных школах ежегодно проводится оценка каждого обучающегося в ней ребенка и ставится вопрос о целесообразности его обучения во вспомогательной школе или о возможности возвращения его в массовую школу. Таким путем могут быть выправлены отдельные ошибки, которые иногда допускаются приемо-отборочными комиссиями в случаях, когда дети направляются во вспомогательную школу без достаточных оснований.

Таким образом, отбор детей во вспомогательную школу, представляющий сложную и ответственную задачу, решается в практике советской школы целой системой комплексного изучения ребенка. Отдельные звенья этого пути, позволяющего глубоко и полно изучить ребенка на последовательных этапах и прийти к правильному научному диагнозу его развития, и рассматриваются в этой книге.

Глава II

ДЕТИ, НЕУСПЕВАЮЩИЕ В МЛАДШИХ КЛАССАХ МАССОВОЙ ШКОЛЫ

1. НЕУСПЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В МАССОВОЙ ШКОЛЕ И ЗАДАЧИ УЧИТЕЛЯ В ОЦЕНКЕ ПРИЧИН НЕУСПЕВАЕМОСТИ

Подавляющее большинство детей, поступающих во вспомогательную школу, приходит из массовой школы. Некоторые из них учатся в массовой школе в течение длительного периода.

Как показывает практика медико-педагогических комиссий и других учреждений, занимающихся вопросами отбора, значительная часть детей, направляемых во вспомогательную школу, такому переводу не подлежит. Этот факт указывает на то, что учителя первых классов часто не умеют достаточно хорошо разбираться в причинах неуспеваемости и относят к умственно отсталым тех детей, которые не принадлежат к этой категории.

Для того чтобы правильно подойти к вопросам о причинах неуспеваемости детей, необходимо знать основные причины неуспеваемости учащихся младших классов, и особенно I класса; наблюдать и изучать отстающих учеников I класса; знать, каких детей из числа неуспевающих следует направлять на отборочные комиссии и, наконец, как писать характеристики для представления в медико-педагогическую комиссию.

Недостаточная осведомленность учителей массовой школы в этих вопросах может привести к ошибочным действиям, которые причиняют большой вред как детям, так и школе. В результате недостаточно глубокого анализа причин неуспеваемости имеет место и неправомерное задерживание в I классе массовой школы умственно отсталых детей, которые иногда проводят там по 2—3 года, не обнаруживая заметного продвижения в усвоении знаний. Вредным является и необоснованный (без нужной отработки соответствующих знаний и навыков) перевод неуспевающего ребенка в следующий класс; такой ребенок не получает достаточных знаний для дальнейшего обучения, обрекается на все большее и большее отставание от требований школы и, не являясь умственно отсталым, нередко направляется, в конце концов, во вспомогательную школу. Нужно помнить, что своевременная отработка материала в подавляющем числе случаев может обеспечить успешный перевод ученика в следующий класс.

Учителям, работающим в младших классах, необходимо разобратся в вопросе, как возникает и чем обуславливается неуспеваемость учеников. Имеются случаи, когда учитель уже в начале учебного года выделяет способных и малоспособных учеников,

причем к такому выделению он подходит формально, рассуждая примерно так: «Если ребенок способный, то он будет учиться на «5»; если он менее способен — на «3» и «4». Поэтому, если у ребенка преобладают оценки «2» и «1», учитель часто делает вывод, что ребенок умственно отсталый и учиться в школе не может.

Иногда, направляя ребенка на комиссию, школа дает характеристику-справку: «Ученик Коля С. учился в I классе три года и проявил себя как тупой и неспособный к обучению, оценки «1» и «2». Иногда учитель не пытается разобраться в причинах затруднений у ребенка при обучении; он забывает, что ребенок непрерывно растет и развивается и что условия обучения и воспитания могут сыграть решающую роль в его дальнейшем развитии.

Поэтому ложный взгляд учителя на учеников как «способных» и «неспособных» играет отрицательную роль в построении его школьной работы. Иногда учитель как бы пытается убедить и весь класс, и родителей, и самого ребенка в том, что он «обречен» на неуспеваемость. «Он у нас второгодник; пожалуй, и на третий год останется». Такие заявления учителей недопустимы. «Ваша девочка учиться в массовой школе не сможет», — сказала одна учительница матери, когда ее дочь начала учиться в I классе. Девочка успешно закончила десятилетку.

Не только общая неуспеваемость, но и неуспеваемость по отдельным предметам часто ошибочно считается как бы результатом прирожденных дефектов, присущих ребенку, и поэтому непреодолимой. «Памяти нет», «математическое мышление отсутствует», «пространственные представления отсутствуют», — читаем мы в характеристиках учеников I класса. При таком отношении учитель не может правильно понять имеющиеся у ребенка затруднения и заранее отказывается помочь ему, пытаясь снять с себя всякую ответственность за его неуспеваемость.

Еще хуже обстоит дело в тех редких случаях, когда учитель видит причину неуспеваемости в нежелании ребенка учиться. В таких случаях в характеристике полно указаний на то, что ребенок ленится, ничем не интересуется, не любит думать, не хочет учиться и т. п. Подобные заключения о впервые поступившем в школу ребенке обычно предвзяты, субъективны, необоснованны и говорят лишь о беспомощности учителя. Лень, недобросовестное отношение к занятиям, намеренное нарушение школьных правил могут развиваться вследствие неблагоприятных условий; во всех этих случаях ясно, что неуспеваемость не обуславливается снижением умственных способностей ребенка.

Причины возникновения неуспеваемости у учеников I класса

Неуспеваемость учащихся I класса по сравнению с неуспеваемостью учеников других, более старших классов имеет ряд особенностей.

Для первоклассника вся школьная обстановка, все виды учебной деятельности являются новыми и требуют сложного приспособления. Ребенок, поступая в школу, должен не только пройти определенную программу по учебным предметам в указанные сроки, он должен коренным образом изменить свою деятельность, которая в детском саду была конкретной, игровой или полугривой, и переключить ее в русло регламентированных школьных занятий.

Вначале весь режим школы труден для впервые поступившего в нее ребенка. Первоклассники особенно нуждаются в помощи учителя: не все умеют самостоятельно работать, и почти никто из них не умеет в случае затруднения наверстать пропущенное, повторить пройденное, как это могут сделать ученики старших классов. Первоклассник не умеет еще самостоятельно работать с книгой. Поэтому именно он наиболее легко становится неуспевающим.

У ребенка, пропустившего урок или слушавшего объяснение недостаточно внимательно, образуется пробел в знаниях. Не отдавая себе в этом отчета, он старательно пытается выполнить задания, в действительности же сохраняет лишь внешнюю форму выполнения задания. Поэтому, если учитель своевременно не окажет помощь, неправильные навыки работы у ребенка могут закрепиться и образовать препятствия для усвоения системы школьных знаний.

Чем труднее учебный материал, чем менее подготовлен ребенок к его усвоению, тем быстрее утомляется его внимание. Он делается рассеянным, непоседливым на уроке, теряет интерес к занятиям. Отставание первоклассника при отсутствии своевременной помощи может превратиться в стойкую неуспеваемость. При таких условиях иногда ребенок, будучи вполне способным к успешному обучению, становится второгодником и даже попадает в число кандидатов во вспомогательную школу.

Если учитель к тому же начнет проявлять отрицательное отношение к невнимательному и отстающему от класса ученику, воздействуя на него окриками, жалобами родителям, угрозами оставить на второй год, ребенок становится еще более беспомощным, неуверенным в себе и, наконец, привыкает к неудачам и порицанию, считая такое положение неизбежным.

Первоклассник не сразу осмысливает значение отметок; между тем отсутствие реакции на плохие отметки учитель иногда объясняет тупостью ребенка. «Девочка тупая, на отметки не реагирует, слез нет», — отмечает учительница в одной из характеристик. С другой стороны, если учитель «сжалится» над ребенком, натягивая ему отметки до «троек», и в конце года «по педагогическим соображениям», как сказано в одной характеристике, переводит ребенка во второй класс, положение ребенка становится еще более тяжелым. Не усвоив программы I класса, которая является основой всего дальнейшего обучения, ребенок

не успевает и во втором классе. Не единичны случаи, когда ребенка, просидевшего 2—3 года во II классе, направляют на комиссию по отбору во вспомогательную школу. Комиссия дает заключение о том, что он не подлежит переводу во вспомогательную школу. В то же время по своим знаниям ребенок не подходит ни к одному классу массовой школы. Его продвижение в массовой школе чрезвычайно затруднено вследствие пробелов в первоначальном обучении. Во многих случаях неуспеваемость учащихся I класса могла бы быть успешно предупреждена. Для этого необходимо разобраться в ее причинах.

Различные группы отстающих детей и предупреждение неуспеваемости в I классе

1. Дети, попавшие в разряд неуспевающих в начальном периоде обучения. Непосредственной причиной неуспеваемости в I классе, как мы уже говорили, часто является недостаточное внимание со стороны учителя к тем затруднениям, которые возникают у ребенка на первых порах его школьной жизни. Между тем помощь в занятиях может быть эффективной только тогда, когда она направлена на преодоление тех затруднений, которые испытывает данный ребенок на определенном этапе обучения.

В тех случаях, когда слабая успеваемость на первом году обучения вызвана тем, что ребенок не интересуется школьными занятиями, не включается в работу класса, а предпочитает игровую деятельность, необходимо обратить внимание на воспитание мотивов его учебной деятельности: заинтересовать его процессом или результатом работы, следить за тем, чтобы ребенок не бездействовал на уроке, но выполнял доступные ему задания, чтобы он нашел свое место в коллективе класса, а занятия в школе заняли соответствующее место в его жизни. Большое значение имеет создание личного контакта учителя с ребенком.

В тех случаях, когда ребенок с самого начала обучения отстает в силу замедленности темпа работы, робости, неуверенности в себе, учителю необходимо проявить известный педагогический такт, суметь найти правильный подход к ребенку, считаясь с его особенностями, облегчая вначале даваемые ему задания, для того чтобы ребенок убедился в возможности успеха, в доброжелательности учителя. Это побудит ребенка напрячь усилия и по возможности догнать товарищей. При педагогически неправильном подходе учителя, который, не поняв особенностей ребенка, начинает порицать его, предъявлять непосильные требования, ребенок может отстать от класса, «затормозиться» в своем развитии.

Неустойчивые, невнимательные, недостаточно организованные дети нуждаются в систематической организации своей работы,

как классной, так и домашней, особенно на первых порах обучения в школе. Такого ребенка надо приучить точно повторять задания, доводить начатое дело до конца, следуя указаниям и не уклоняясь в сторону.

В I классе большое место занимает усвоение приемов работы при обучении навыкам чтения, письма и счета. Если ребенок не усвоил оперирование со счетным материалом и считает только по пальцам, это может задержать усвоение более сложных счетных операций. Если не научился правильно держать ручку при письме, он будет отставать в чистописании. Иногда достаточно знать, какие первичные умения и навыки учебной работы страдают у первоклассника, чтобы, устранив это препятствие, дать ему возможность включиться в общую работу.

У первоклассника (из-за пропусков по болезни, невнимания) могут оказаться или пробелы, или замедленное усвоение отдельных разделов программы. Не подготовленный к выполнению данного задания, ребенок или отказывается от его выполнения, или же выполняет задание механически. Дополнительные объяснения, иногда облегченные подготовительные задания необходимы для того, чтобы ребенок мог догнать товарищей по классу.

Затруднения в обучении также могут быть связаны с индивидуальными особенностями ребенка. Одного ребенка может затруднять запоминание букв, другого — слияние звуков, один долго не может усвоить вычитание, другой легко решает примеры, но затрудняется в решении простейших задач. Не преодоленные вовремя трудности влекут за собой новые на последующих этапах обучения. Если помощь учителя ограничивается одинаковыми для всех дополнительными занятиями, она окажется недостаточной, так как ребенок будет лишь вновь безуспешно повторять то, что он не мог делать в классе. Не учитывая особенностей ребенка, учитель часто удивляется недостаточности результатов сравнительно с затраченными им усилиями. Так, например, об одной физически слабой девочке учительница пишет: «Оставляю ее каждый день после уроков; дома она тоже много занимается с матерью, но результаты очень слабые». Результаты такой помощи не могли быть хорошими. Для того чтобы улучшилась работоспособность, а следовательно, и успехи этого ребенка, нужны были не дополнительные занятия, а в первую очередь анализ тех причин, которые вызвали у ребенка трудности в обучении, и уже затем соблюдение такого учебного режима, который обеспечивал бы оптимальные условия работы для этого ослабленного ребенка.

Ученик I класса большей частью не может дать себе отчета в том, что его затрудняет, чего он не понимает или не усваивает. Сделать это может только учитель на основе систематического наблюдения и анализа работы ребенка.

Иногда ребенок как будто справился с букварем, свободно читает знакомый текст, получает удовлетворительные отметки,

однако при переходе к более сложному тексту делает много ошибок и заметно отстает от класса. «Ты прочла дома только 5 раз, а надо 10», — говорит учительница. Однако при ближайшем ознакомлении с чтением девочки оказывается, что она не преодолела слияния звуков в течение букварного периода. Букварь в основном она помнила наизусть, чтение же новых текстов ей оказалось недоступным. Нужно не заставлять ребенка читать по 10 раз, выучивая наизусть новые тексты, а вернуться к разрезной азбуке и научить его читать по-настоящему.

Часто имеющиеся у ребенка вначале трудности настолько незначительны, что устранение их требует очень простых мер, не связанных с излишней затратой времени со стороны учителя. Так, например, если учитель посадит отстающего ученика (хотя бы временно) не на последнюю, а на первую парту и будет незаметно оказывать ему поддержку во время занятий в форме поощрений или наводящих вопросов, ребенок постепенно научится самостоятельно преодолевать встречающиеся затруднения, которые при отсутствии такой помощи будут быстро нарастать.

Таким образом, в I классе в разряд неуспевающих могут (при неблагоприятных условиях) попадать дети по каким-либо случайным, маловажным причинам. В этих случаях своевременная целенаправленная помощь учителя может устранить причины отставания и предупредить дальнейшую неуспеваемость ребенка.

Однако среди неуспевающих детей I класса есть и такие, у которых имеются более серьезные затруднения в обучении. Учитель должен научиться разбираться в причинах неуспеваемости своих учеников.

2. Дети с затруднениями в обучении, носящими временный характер. Среди неуспевающих есть ослабленные дети, которые не выдерживают школьного режима, быстро утомляются, на уроках малоактивны. «Урок слушает только в течение 10—15 минут, потом делается вялым, безучастным, на вопросы не отвечает», — пишет учитель в характеристике такого ученика. Или: «По малейшему поводу начинает плакать, с трудом успокаивается», «На уроках невнимателен, в работе класса не участвует».

Дети, о которых говорится в таких характеристиках, физически ослаблены, некоторые из них страдают туберкулезной интоксикацией, болезнями сердца, ревматизмом; у других физическая ослабленность связана с какими-либо перенесенными незадолго до поступления в школу инфекционными заболеваниями, с частым заболеванием гриппом, ангинами и т. п. Физическая слабость отражается и на нервной системе ребенка. Такие дети особенно остро реагируют на неблагоприятные условия: перегрузка школьными занятиями, недостаточные промежутки для отдыха, неровное или резкое обращение учителя — все это выводит ребенка из равновесия. Он становится раздражительным, беспокойным, плаксивым, рассеянным, что в свою очередь отражается на

его работоспособности, а в конечном счете — и на успеваемости. Восполнять пробелы, образовавшиеся во время пропусков уроков по болезни, ему тем труднее, что он в силу своей утомляемости не в состоянии оставаться на дополнительные занятия.

Вялость и непродуктивность работы ребенка в классе иногда приводят учителя к мысли о том, что ребенок «в нормальной школе учиться не может». Легко видеть, что этот вывод не обоснован, так как такой ребенок нуждается в ряде оздоровительных мероприятий, в изменении режима и нагрузки. При благоприятных условиях он может стать со временем успевающим учеником массовой школы.

Среди неуспевающих детей есть и такие, которые медленно включаются в учебные занятия. Такой ребенок на уроке, как указывают характеристики, «занимается своими делами», т. е. чаще всего не учится, а играет. Он играет пеналом, резинкой, ручкой, пособиями для счета или буквами разрезной азбуки, а если учитель потребует, чтобы он убрал все это в парту, он будет играть бумажками или своими пальцами. Деятельность, которой требует от него школа, является для него в течение какого-то периода посторонней; он не сразу приспособливается к школьным порядкам, не понимает значения отметки. Если такое поведение продолжается и тогда, когда класс в основном включился в работу, учитель склонен считать ребенка отстающим и неспособным. Между тем это часто живые, активные, любознательные дети. Если учитель умест опереться на положительные качества ребенка, то последний скоро станет успевающим учеником. Если же учитель не пытается заинтересовать ребенка, не руководит его работой, а лишь постоянно укоряет его за ошибки и неудачи, ребенок будет все больше отставать и приобретать ряд вредных навыков, которые будут мешать ему на протяжении всей его школьной жизни.

Для перевода во вспомогательную школу в этих случаях нет никаких оснований. Правильная организация школьных занятий и внимательное руководство учителя, иногда умело построенное, сильное и интересное задание, которое ведет к успеху и включает ученика в организованный труд, — все это стимулирует развитие такого ребенка, для которого программа массовой школы доступна.

Конфликты, тяжелые переживания также могут явиться одной из причин неуспеваемости первоклассника.

Одним из условий успеха является положительный эмоциональный фон, уверенность в возможности успешного продвижения. Эмоциональный фон, на котором происходит учебная деятельность младшего школьника, определяется прежде всего отношением к нему взрослых. Если ребенку с первых дней пребывания в школе при малейшей неудаче угрожают «двойки» и всевозможные неприятности дома и в школе, школьное обучение скоро становится для него не желанным и привлекательным,

а тяжелым ярмом, от которого он будет стремиться освободиться всеми возможными способами. Дети со слабой или неустойчивой нервной системой находятся (в подобных случаях) в состоянии постоянного напряжения и вынуждены непродуктивно затрачивать свою энергию, отчего их успеваемость еще более снижается.

Если у детей с самого начала школьного обучения создается хорошее и бодрое настроение и они чувствуют со стороны взрослых благожелательное отношение и желание помочь им, успеваемость их улучшается.

Иногда конфликт с учителем, возникший в самом начале школьного обучения, может испортить ребенку годы пребывания в школе и создать установку на небрежное выполнение им школьных обязанностей.

Тяжелые переживания: смерть близких родственников, конфликты в семье, несправедливое или неровное отношение к ребенку и т. п. — могут также быть причиной длительного нарушения эмоционального равновесия и работоспособности ребенка.

Неуспеваемость в I классе представляет собой весьма сложное явление, которое не может быть объяснено только одной причиной, независимо от всех остальных условий.

Рассматривая какое-либо явление жизни ребенка, необходимо отдать себе отчет в том, что каждый ребенок представляет собой определенную личность, которая может быть понята при целостном подходе к ней, что личность ребенка находится в процессе развития, которое протекает в определенных, конкретных условиях. Личность и среда неразрывно связаны между собой. Изучая развитие ребенка, мы не должны упускать из виду, что ребенок развивается под влиянием среды, под воздействием обучения и воспитания.

Так, например, повышенные требования учителя могут «затормозить» одного ребенка и стимулировать активность другого. Ускоренный темп работы может увлечь одних детей и утомить других. Часто вокруг одной первичной причины неуспеваемости накладываются другие, и с течением времени оказывается не так легко разобраться в действительной причине неуспеваемости ребенка. Влияние отдельных факторов на успеваемость может быть различным в зависимости от отношения к ним взрослых и реакции самого ребенка. Учитель должен принять все меры, для того чтобы у ребенка не выработалось неправильного отношения к учению и неправильных навыков работы.

3. Дети с частичными стойкими затруднениями в обучении. От только что описанных групп существенно отличаются дети, у которых в I классе обнаруживаются затруднения в усвоении материала лишь применительно к отдельным разделам учебной программы. Такие случаи требуют самого серьезного анализа, так как нередко за ними кроются нарушения нервно-психических процессов, связанные с частными дефектами. Своевременная правильная диагностика этих дефектов поможет

вовремя компенсировать их и будет способствовать улучшению успеваемости детей.

При формальном подходе учитель подсчитывает число «двоек» и делает заключение о способности или неспособности ребенка к усвоению программы. Между тем учителю надо знать, что одни и те же ошибки, неудачи в обучении могут быть вызваны различными причинами. Например, затруднения при письме под диктовку могут испытывать и дети с небольшой степенью тугоухости, и с недоразвитием речи или косноязычием, и дети с недостатком в слуховом анализе и синтезе, и дети, страдающие недостатком слухового внимания, и расторможенные, неустойчивые, быстро истощаемые дети. Однако причины затруднений при письме диктантов у них будут разные. Поэтому к каждому неуспевающему ученику необходим индивидуальный подход. Например, если ребенок плохо слышит, его надо пересадить на первую парту, и притом так, чтобы он мог не только слышать, но и видеть лицо учителя. Это нужно сделать еще и потому, что ребенок даже с легкой тугоухостью часто пользуется, помимо слуха, «чтением» с лица. Кроме того, следует организовать дополнительные занятия, которые помогли бы ему усвоить те элементы и формы речи, которыми он не овладел из-за дефектов слуха.

Нередко частичные трудности, испытываемые ребенком, связаны с тем, что при сохранности остроты слуха или зрения обнаруживается нарушение слухового и зрительного анализа и синтеза. Эти недостатки обычно бывают результатом перенесенных ранее заболеваний, нарушивших работу определенных систем коры головного мозга; они могут быть на фоне сохранного общего умственного развития. В таких случаях их сравнительно легко компенсировать.

Дети, страдающие недоразвитием речи, а также дети, затрудняющиеся в звуковом анализе, нуждаются в специальных занятиях с логопедом и дополнительных занятиях с учителем, направленных на преодоление основного дефекта.

Ученики неустойчивые, невнимательные требуют других форм помощи: расчленения задания, организации самоконтроля, дополнительной стимуляции и т. п. Дети слабые, быстро утомляющиеся нуждаются в уменьшении дозировки материала, перерывах для отдыха, замедленном темпе работы.

Соответствующие указания учитель может дать и родителям для оказания помощи детям в семье.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что отсутствие своевременной целенаправленной помощи учителя и врача создает дополнительные трудности, а иногда и серьезные препятствия для дальнейшего обучения детей с частичной задержкой психического развития. Если среди учеников I класса есть такие дети, то школа должна сделать все возможное, для того чтобы стимулировать их развитие, а не стараться освободиться от таких учеников, относясь к ним, как к непоправимо отсталым.

При внимательном отношении к ребенку учителю часто нетрудно бывает убедиться в том, что ребенок может развиваться в условиях массовой школы, что переводить его во вспомогательную школу нецелесообразно.

Дети с различными видами задержек развития представляют собой очень разнообразную группу. Есть среди них и такие, относительно которых трудно бывает сразу решить, смогут ли они обучаться в массовой школе. Эти дети нуждаются в длительном наблюдении за ними в процессе учебной работы и тщательном их изучении. Некоторые из них при постоянной помощи учителя и дополнительных занятиях могут кончить массовую школу.

К этой группе относятся прежде всего дети, у которых задержка развития в основном вызвана тяжелыми речевыми расстройствами. В связи с этим у них с раннего возраста нарушено нормальное общение с окружающими, на основе которого осуществляется первоначальное развитие мышления ребенка. У детей с глубоким недоразвитием речи оказываются резко недоразвитыми процессы отвлечения и обобщения, без которых невозможно успешное усвоение системы школьных знаний. Развитие этих детей протекает поэтому в особо неблагоприятных условиях. Пытаясь понять обращенную к нему речь, ребенок нередко испытывает чувство растерянности. Его ориентировка в окружающем затруднена. Особенно большие трудности испытывают эти дети при обучении грамоте, а также и арифметике. В классе такой ребенок иногда может производить впечатление умственно отсталого. Однако затруднения, которые он испытывает в процессе обучения, носят иной характер, чем затруднения умственно отсталого. Он иначе реагирует на свой дефект, и динамика его продвижения при правильной организации логопедической помощи и помощи учителя резко отличает его от умственно отсталого ребенка, страдающего речевыми нарушениями. Педагог, который правильно поймет состояние ребенка, не направит его во вспомогательную школу и в своей педагогической характеристике даст материал, который поможет родителям, логопеду и оздоровительным учреждениям правильно организовать работу.

Среди неуспевающих имеются дети, у которых задержка развития сочетается с большими трудностями характера и поведения, что является основной причиной их школьных неудач. Недоразвитие мотивов деятельности, неумение организовать свое поведение, сосредоточить внимание, довести начатую работу до конца являются не меньшим препятствием для успешного обучения в школе, чем недоразвитие мышления. Неравномерность в работе, резкие колебания работоспособности также делают ребенка неуспевающим. При наличии индивидуального подхода и соответствующей воспитательной работы эти дети обычно удерживаются в массовой школе. В отдельных случаях ребенок может быть временно направлен в лечебное учреждение или в школу санаторного типа.

4. Умственно отсталые дети. Остановимся кратко на последней, наиболее малочисленной группе неуспевающих учеников I класса — умственно отсталых детей, которые подлежат переводу во вспомогательную школу. Каково должно быть поведение учителя в отношении этих детей? Прежде всего необходимо воздержаться от слишком раннего зачисления первоклассника в категорию умственно отсталых.

Положение о приеме во вспомогательную школу говорит о том, что каждый ребенок должен хотя бы один год учиться в массовой школе, прежде чем его направят во вспомогательную школу. За этот период учитель внимательно изучает ребенка, его отношение к занятиям, формы общения, ориентировку в окружающем, в учебном материале, понимание заданий. Учитель старается помочь ребенку, привлечь его внимание, втянуть в работу класса, давая ему облегченные задания, в течение некоторого времени проводит с ним индивидуальные занятия. Если учитель убедится в том, что ребенок ни при каких условиях не может заниматься по программе массовой школы, программный материал недоступен его пониманию, он может обратиться за специальной консультацией в ближайшую вспомогательную школу, направить ребенка на медико-педагогическую комиссию.

За время пребывания ребенка в массовой школе следует избегать всего, что может принести ему вред и затруднить его дальнейшее обучение и воспитание. Если учитель массовой школы, решив, что ребенок умственно отсталый, перестает с ним заниматься, не дает ему никаких заданий, не смотрит его работы, ребенок привыкает к пассивности, бездействию или бессмысленному внешнему подражанию действиям других. Ученик, который приобрел все эти отрицательные навыки в стенах массовой школы, будет с трудом поддаваться педагогическому воздействию и во вспомогательной школе.

Если учитель продолжает ставить ученику «единицы», упрекать его в бестолковости и указывать другим детям на его тупость и непонятливость, ребенок становится робким, замкнутым, боится выполнять и те задания, которые ему доступны, что также затрудняет дальнейшую работу с ним. Пока ребенок находится в массовой школе, он имеет право на то, чтобы учитель и товарищи относились к нему как к члену коллектива, должен посылно участвовать в работе класса, выполнять доступные ему задания.

2. СОБИРАНИЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ

В предыдущем разделе мы говорили о том, что, если учитель массовой школы внимательно наблюдает отстающих в обучении детей на протяжении учебного года и оказывает им своевременную необходимую помощь, число неуспевающих в первых классах к концу года оказывается очень небольшим.

В процессе систематического наблюдения за отстающими учениками учитель отмечает и записывает наиболее характерные трудности в усвоении учебного материала, особенности поведения и т. п. В результате этой работы на составление характеристики почти не потребуется дополнительной затраты труда и времени.

Педагогическая характеристика — документ первостепенной важности при отборе учеников во вспомогательную школу.

Каким бы тщательным ни было педагогическое обследование в медико-педагогической комиссии, ознакомление с ребенком должно начинаться с изучения характеристики школы, в которой ребенок учится. В процессе систематического обучения способности ребенка выявляются с наибольшей полнотой. Кроме того, педагогическая характеристика (если она правильно составлена) дает представление о том, в каких условиях протекало обучение ребенка, что было сделано для того, чтобы помочь ему успешно учиться. Без педагогической характеристики ребенок не может быть принят комиссией.

Из характеристики члены комиссии узнают о тех трудностях, которые возникали у ребенка в процессе обучения, а также о целом ряде фактов его школьной жизни, анализ которых при сопоставлении с остальными данными поможет правильно понять причины неуспеваемости ребенка.

Приведем примеры педагогических характеристик.

Характеристики, присылаемые школами в медико-педагогические комиссии, далеко не всегда удовлетворяют предъявляемым к ним требованиям и в ряде случаев свидетельствуют о том, что учитель недостаточно представляет себе ответственность поставленной перед ним задачи и не может правильно охарактеризовать особенности ребенка и причины его неуспеваемости.

Так, школа иногда присылает характеристики в форме справок: «Коля П. проучился в I классе 3 года и обнаружил неспособность к обучению»; «Юра К. учиться в начальной школе не может в силу интеллектуальной ограниченности».

Подобные документы ничего общего с педагогической характеристикой не имеют. В некоторых случаях непонимание учителем значения педагогической характеристики выражается в том, что он дает нескольким детям одну и ту же характеристику, иногда списывая ее дословно. Бывало и так, что учитель или воспитатель детского дома приводил на обследование 5—6 детей, представляя две или три характеристики. «Остальные дети — такие же», — добавлял учитель.

Иногда школа присылает ребенка на обследование с характеристикой, написанной год назад. Динамика развития ребенка при этом совершенно игнорируется.

Неудовлетворительны и такие характеристики, которые ограничиваются перечислением отметок без указания на то, что усвоил ребенок и что его затрудняло в процессе обучения: «Женя Л. с первых дней своей учебы очень туго шел по всем предметам.

За первое полугодие при отличном поведении проявил следующие знания: русский 2, арифметика 2, рисование 3, пение 3, прилежание 4».

Нецелесообразны и абстрактные формулировки, которые ничего не говорят ни о развитии, ни об усвоении знаний, ни об особенностях поведения ребенка, например: «не способен к усвоению школьного материала», «математическое мышление отсутствует».

Наряду с очень краткими, недоказательными встречаются и очень длинные, но также малоубедительные характеристики, в которых учитель перечисляет множество фактов, не существенных для понимания особенностей ребенка.

Бывают случаи, когда учитель излагает существенные факты, но лишь те, которые характеризуют ребенка с отрицательной стороны, полагая, что именно такой материал нужен для обоснования направления во вспомогательную школу. Примеры: «не умеет самостоятельно работать», «не решает задач», «не запоминает стихотворений», «не имеет числовых представлений» и т. п.

Иногда в характеристике звучит отрицательное отношение к ребенку, желание освободиться от неспособного и беспокойного ученика.

Все эти примеры неудачных характеристик позволяют лучше уяснить, каким требованиям должна удовлетворять педагогическая характеристика, для того чтобы она могла быть полезной для медико-педагогической комиссии при решении поставленной перед нею ответственной задачи.

1. Характеристика — итог наблюдений. Педагогическая характеристика не должна быть поверхностной, написанной наспех, на основе общих впечатлений или случайных, отрывочных наблюдений над ребенком. Она должна явиться итогом продуманного и систематического наблюдения над ребенком в течение учебного года. В ней должно быть указано, какие меры принимались учителем для ликвидации отставания ребенка и какое влияние эти меры оказывали на него. Только при этих условиях характеристика сможет должным образом отражать всю динамику развития ребенка за период его обучения.

2. Подбор фактов. Характеристика должна заключать в себе фактический материал, а не общие рассуждения. Приводимые факты не должны быть случайными для поведения данного ребенка. Следует избегать субъективности и односторонности в подборе фактов, не нагромождать многочисленные факты, не связанные между собой. И в краткой характеристике можно дать описание основных особенностей учебной работы и поведения ребенка.

3. Систематизация фактов и выводы учителя. Факты должны быть изложены последовательно, систематически. Иногда характеристика бывает написана так разбросанно, что трудно извлечь из нее то ценное, что в ней имеется. Так,

например, вначале учитель говорит о затруднениях ребенка при обучении счету, затем переходит к описанию его конфликтов с товарищами, далее вскользь упоминает о его рассеянности или упрямстве, в конце возвращается к вопросу о решении задач.

Подобная без системы написанная характеристика дает для понимания ребенка значительно меньше, чем характеристика, изложенная стройно и последовательно. При чтении беспорядочно написанной характеристики легко опустить существенное. Да и сам автор, если он пишет в определенной последовательности, лучше осознает значение каждого из описываемых им фактов и может сделать из них правильные выводы. Составление характеристик предполагает выделение существенного, типического.

В характеристике не должно быть необоснованных выводов, не подтвержденных фактами. Так, например, бывают случаи, когда учитель, отметив ряд фактов, указывающих на физическую ослабленность или временную неуспеваемость ребенка, делает неправомерное заключение: «совершенно не подходит к обучению в массовой школе».

4. Характер изложения. Педагогическая характеристика должна быть изложена просто и ясно. Необходимо избегать сложных оборотов речи, абстрактных формулировок. Наличие неправильно и неуместно используемых терминов, взятых из области психологии или физиологии, лишает характеристику в значительной мере ее ценности. Например, когда учитель пишет об ученике I класса с задержкой развития, который плохо включается в коллективную работу, в таких выражениях, как «либит уединение во время занятий», «занят отвлеченными мыслями и делами» или «умственная память плохо развита», неудачная формулировка не дает возможности понять, что хотел отметить в данном случае учитель.

5. Указание положительных сторон ребенка. Комиссии, решающей вопрос о дальнейшем обучении ребенка, очень важно знать не только недостатки, но и положительные качества ребенка, на которые можно опереться в педагогической работе с ним.

6. Индивидуальная работа учителя с ребенком. В характеристике необходимо рассказать о проведенной учителем индивидуальной работе с ребенком и ее результатах. Необходимо рассказать об изменениях в знаниях, навыках и общем развитии ребенка за время его пребывания в школе.

Два последних требования чрезвычайно существенны, так как именно их выполнение делает характеристику, написанную учителем, педагогической.

Содержание педагогической характеристики

Иногда учителя затрудняют вопросы: о чем писать в характеристике? На что обратить особенное внимание? Как выбрать самые необходимые из многочисленных фактов?

Очевидно, характеристика в форме дневника не соответствует тому, что требуется для медико-педагогической комиссии. В содержание характеристики должно войти следующее:

- 1) формальные данные;
- 2) состояние школьных знаний и навыков ребенка;
- 3) работоспособность и поведение ребенка в классе;
- 4) общая характеристика личности ребенка в ее взаимосвязи с коллективом и семьей;
- 5) основные трудности и причина отставания ребенка (заключение учителя).

Разберем, каково должно быть основное содержание каждого раздела характеристики.

Формальные данные. В тех случаях, когда ребенок учится не первый год, характеристики даются за каждый год отдельно, причем отмечаются особенности развития ученика за данный период. Если ребенок учился в разных школах или у разных учителей, каждый учитель пишет отдельную характеристику за тот период, когда он наблюдал ребенка. Характеристика должна иметь дату и подписи учителя и директора школы, иначе она почти теряет свое значение, так как неизвестно, к какому периоду относится, и трудно установить, что с учеником было раньше и что позже.

Дата рождения ребенка также должна быть точно указана, проверена по документам, а не просто названа родителями по памяти. Неверно указанная дата может неправильно ориентировать обследователей при оценке состояния ребенка, потому что каждый возраст имеет свои особенности.

Необходимо точно указать дату поступления ребенка в школу, который год учится ребенок, в каких школах, классах учился, оставался ли на второй год, были ли длительные перерывы в обучении, по каким причинам.

Необходимы сведения об успеваемости ребенка (по четвертям); указание причин направления его на комиссию; если возможно, приложить протокол педагогического совета.

Состояние школьных знаний и навыков ребенка. Этот раздел должен по возможности заключать ответы на следующие вопросы:

Что усвоил ребенок из пройденного материала по чтению, письму, арифметике и что особенно затрудняло его при усвоении этого материала?

Как относится ребенок к своим неудачам в обучении: безразлично или тяжело переживает, стремится преодолеть затруднения или становится пассивным, теряет интерес к работе или проявляет усилия при преодолении трудностей, как реагирует на оценку своей работы?

Какие виды помощи применялись учителем для преодоления обнаруженных трудностей: усиленный контроль и помощь при выполнении классных заданий, облегченные индивидуальные за-

дания в процессе фронтальной работы с классом, дополнительные занятия в школе после уроков, дополнительные задания на дом, указания родителям, как помочь ребенку при приготовлении уроков, и т. п.?

Какие результаты были при этом достигнуты: улучшилась ли успеваемость, удалось ли преодолеть затруднения, научился ли самостоятельно работать, насколько продвинулся ребенок в усвоении школьных навыков и за какой период времени были получены сдвиги?

Конкретные указания на то, что особенно затрудняет ребенка, помогают установить действительную причину неуспеваемости.

Приведем примеры из школьных характеристик, помогающие ориентироваться в особенностях затруднений ребенка и найти правильные пути их преодоления:

«В I классе учится второй год. Успеваемость резко понижена. Девочка с трудом научилась читать и немного писать: пропускает буквы и слова, плохой почерк. При письме переставляет буквы: «спти» (спит), «лежти» (лежит). Арифметика дается легче».

(Характеристика указывает на необходимость тщательно исследовать процессы чтения и письма у ребенка.)

«За два месяца научился считать в пределах десяти, знает цифры, умеет их писать, решает самостоятельно примеры. Письмо чистое, красивое. Произносит числа плохо, не все звуки может произнести. Устно отвечает очень плохо, речь малопонятная».

(Характеристика обращает внимание на речевые затруднения ребенка.)

«К концу года знает не все буквы и не читает. Пройденные буквы забывает и путает. Плохо запоминает, что объясняет учитель. Писать по линейке не умеет. Со счетом не справляется».

«Учится второй год. В течение первого года ни читать, ни писать, ни решать задачи не научился, хотя добросовестно ходил в школу и отсиживал уроки. В этом году снова ходит в школу, научился переписывать с книги. Может списать у товарища решение задачи. Научился считать в пределах 10 и знает несколько букв».

(Возникает предположение об умственной отсталости ребенка; требуется всестороннее изучение его познавательной деятельности.)

О том, как реагирует ребенок на свои затруднения, учителя пишут довольно редко, хотя это имеет большое значение, так как характеризует уровень развития личности ребенка, критическое отношение к себе, а также умение дать волевое напряжение при преодолении трудностей. В тех случаях, когда у ребенка наблюдается неуверенность в своих силах, сознание своей неполноценности, возникают дополнительные трудности, мешающие ему успешно учиться.

Приводим примеры характеристик, в которых отмечаются эти особенности ребенка:

«Если встречаются даже небольшие затруднения в письме, начинает плакать»; «Стесняется своей плохой речи, дает односложные ответы, неуверен в себе, даже доступные задания выполняет неохотно, говорит: «Не знаю, не умею».

Ребенок с подобными реакциями может быть неправильно принят за умственно отсталого.

Вопрос, какую помощь оказывал учитель ребенку и каковы ее результаты, к сожалению, мало освещается в школьных характеристиках. Между тем для приемо-отборочных комиссий такой материал совершенно необходим. Большинство учителей ограничивается в этом разделе лишь общими фразами, не указывая конкретно, какая работа проделана с ребенком. Пример: «Индивидуальные занятия положительных результатов не дали»; «В обучении требует к себе особого подхода. Читать научился только при индивидуальных занятиях». Такие характеристики мало дают для ориентировки в особенностях ребенка.

Составляя характеристику на неуспевающего ученика, учитель должен отдавать себе отчет в том, что вопрос о неуспеваемости имеет двоякий смысл. Неуспевающим считается каждый ученик, который не усвоил в определенный срок материал, предусмотренный школьной программой. Удовлетворительная отметка есть показатель овладения программой в определенном объеме за одну школьную четверть или школьный год. Однако для развития каждого ребенка большее значение имеет то, насколько он продвинулся в сравнении с теми знаниями и навыками, какие он имел в начале года, т. е. темп его развития и продвижения.

Если, давая характеристику отстающему ученику, учитель будет иметь в виду только соответствие его знаний требованиям школьной программы в каждый отдельный момент, он не сумеет правильно описать продвижение ребенка в процессе обучения.

Усвоение программы для школьника чрезвычайно важно, но для диагностики развития ребенка, кроме того, необходимо установить, что именно он успел приобрести на протяжении известного периода школьного обучения. Поэтому в характеристике необходимо наряду с общими показателями успеваемости описать также и тот путь развития, который фактически проделан ребенком под влиянием обучения в школе.

Работоспособность и поведение ребенка в классе. Для того чтобы правильно понять развитие ребенка и причины его отставания, необходимо иметь представление не только о его продвижении, т. е. о результатах его работы, но и о процессе, характере и содержании его работы. Поэтому в педагогической характеристике значительное внимание должно быть уделено вопросам работоспособности и поведения ребенка во время занятий.

В этом разделе характеристики должны быть освещены следующие вопросы:

1. Понимание ребенком требований учителя. Не все поступающие в школу дети одинаково быстро ориентируются в школьной ситуации и приучаются выполнять требования учителя. Умственно отстающему ребенку часто не удается усвоить основные правила школьного поведения в течение всего времени его пребывания в массовой школе. Поэтому чем конкретнее будет описание поведения ученика в характеристике, тем легче сделать правильное заключение. Приведем пример:

«Не может никак понять, что требует учитель: когда войти в класс, когда выйти. Во время урока на слова учителя не реагирует»; «Не понимает, что во время урока надо сидеть, слушать и работать. На уроке арифметики не считает. Играет с учебными принадлежностями, как маленький ребенок».

2. Участие в работе класса. В своих наблюдениях над неуспевающим учеником учитель обращает внимание на то, может ли он активно, целенаправленно работать, выполнять предъявляемые к нему требования, следить за ходом урока, отвечать на вопросы и задавать вопросы учителю в случае непонимания. Все это должно найти свое отражение в характеристике, например: «Мальчик безучастен к тому, что происходит в классе; плохо слушает объяснения учителя, на вопросы не отвечает»; «На уроке внимателен, стремится работать наравне с классом, часто подымает руку, хочет ответить, но отвечает большей частью не то, что требуется».

3. Чрезвычайно важным элементом характеристики являются указания на состояние работоспособности ребенка. Эти вопросы должны быть освещены в каждой характеристике.

Учитель должен обратить внимание на то, как работает ребенок, заинтересован ли он выполнением задания, целенаправлен ли он, стремится ли довести работу до конца. Устойчив в работе или легко отвлекается? Проявляет ли настойчивость при преодолении трудностей? Работает быстро или медленно? Быстро ли утомляется и как проявляется утомление? Становится вялым или возбужденным? Наблюдаются ли резкие колебания работоспособности на протяжении урока, дня, недели, учебного года?

Приведем примеры из характеристик, помогающие ориентироваться в особенностях работоспособности ребенка:

«Ориентировка в учебном материале резко замедленная. Вначале следит за объяснением учителя, но быстро утомляется на всех уроках».

«На уроках мальчик бывает очень пассивен, быстро утомляется и жалуется на головную боль. Учебный материал воспринимает медленно».

«Не всегда выполняет задания учителя, все делает по настроению».

«На уроках не может сосредоточиться, часто засыпает».

«Тихий, но легко возбудимый. Неусидчив. Быстро утомляется, часто плачет. Уроки выполняет неряшливо».

«Крайне рассеян, работает только 10—15 минут в начале урока, потом остается безучастным».

«Девочка беспокойная. В феврале и марте жаловалась на головную боль, особенно к концу третьего урока, и это было не притворно — она была бледна и молчалива. По просьбе девочки приходилось отпускать её домой до окончания учебных занятий».

Все эти и подобные им характеристики дают материал о состоянии ребенка, его отношении к занятиям, о колебании работоспособности и помогают разобраться в причинах неуспеваемости.

Общая характеристика личности ребенка. Очень ценно, если учитель может, помимо своих наблюдений в классе, дать некоторую общую характеристику ребенка, указав на его общее развитие, ориентировку в окружающем, интересы, особенности характера. К сожалению, далеко не всегда учитель дает подобные указания. О жизни ребенка вне школы мы узнаем только со слов родителей и самого ребенка. В то же время наблюдения учителя в этом направлении могли бы дать очень много. Те замечания, которые мы находим в характеристиках, обычно очень кратки, отрывочны.

Примеры:

«Мальчик тихий, дисциплинированный. Близких товарищей не имеет. В коллективе бывает мало».

«Любознатель, отношения с товарищами хорошие».

«Мальчик робкий, неуверенный, ни с кем не дружит. Часто плачет, и успокоить его очень трудно».

«Девочка смирная, исполнительная, любит вышивать».

«В свободное время любит заниматься рисованием, рисует хорошо».

«Не любит слушать чтения. Все свободное время проводит во дворе. Предпочитает играть с детьми более младшего возраста».

Основные трудности и причина отставания ребенка (заключение учителя). Заключение не всегда имеется в педагогической характеристике и еще реже является результатом анализа собственных наблюдений учителя над ребенком. Иногда выводы учителя находятся даже в противоречии с изложенными им фактами. Так, например, указав на то, что ребенок пропускал много уроков по болезни, что он возбужден и быстро утомляется, учитель делает неправильный вывод: «Должен обучаться во вспомогательной школе». Иногда учитель неправильно интерпретирует поведение ребенка, например его рассеянность объясняет тем, что ребенок занят «отвлеченными мыслями», улыбку растерянности — тем, что ребенок не понял, что с ним говорят серьезно. Подобные факты свидетельствуют о том, что учитель сам еще не научился правильно понимать состояние своих маленьких учеников.

Наряду с этим в школьных характеристиках имеются и ценные выводы, сделанные на основе наблюдений, например:

«Самостоятельно по слуху писать слова не может, но срисовать с книги может правильно. Может запомнить, только опираясь на зрительную память». «Учебный материал доступен, но мальчик не может сосредоточиться и потому не усваивает».

«При объяснении материала очень внимателен, старается выполнить задание, но освоить его не может».

Такие замечания, основанные на длительных наблюдениях, имеют большое значение.

* *

*

Представленная нами программа составления педагогической характеристики на первый взгляд может показаться трудно выполнимой, однако это не должно смущать учителя. Педагогу необходимо быть хорошо ориентированным в этом вопросе. Каждая отдельная характеристика должна быть краткой, в ней следует дать лишь то, что существенно в данном конкретном случае для данного ребенка.

Вместе с педагогической характеристикой школа присылает на медико-педагогическую комиссию контрольные работы, тетради, рисунки и т. п. Особенно большое значение имеют тетради.

Тетрадь ученика говорит о многом. Она часто является в какой-то мере характеристикой ученика, наглядно показывающей его работу, а отчасти и работу учителя. Даже внешний вид тетради говорит об отношении ученика к школе, процессу обучения, выполнению заданий. Если тетрадь грязная и рваная или испещрена различными штрихами, проведенными в самых разнообразных направлениях, значит, ребенок не стал еще учеником, не понял назначения тетради, не научился с ней обращаться, не заинтересовался процессом обучения. Если тетради сохраняют такой вид не только в течение первой, но даже последней четверти учебного года, этот факт становится уже серьезным предостережением. Тетрадь иллюстрирует повседневную работу ученика, свидетельствует о тех затруднениях, с которыми он сталкивается на различных этапах своего обучения. Например, если все буквы в тетради написаны неровно, даже палочки и те долго не удаются ребенку, очевидно, это тетрадь ребенка, у которого с трудом вырабатываются моторные навыки письма, рука еще нетвердо держит карандаш, движения нечеткие, неуверенные. Просмотр другой тетради показывает, что ребенку не удастся письмо по линейкам, он «не признает линеек», как часто пишут в характеристиках. Это, вероятно, ребенок с плохим зрением или с очень неустойчивым вниманием. Вот тетрадь, в которой буквы непривычно повернуты в обратную сторону. Это так называемое зеркальное письмо. Когда класс начинает писать целыми словами, мы видим, что у отдельных детей слово оказывается искаженным до неузнаваемости: пропуски гласных букв, перестановки. Эти ошибки часто бывают связаны с дефектами устной речи ребенка.

Когда на дальнейших этапах обучения у детей появляются орфографические ошибки, они также обусловлены различными причинами. Анализ ошибок много дает для выяснения причин неуспеваемости.

Тетради указывают и на то, какую работу проводит учитель. Нередко оказывается, что тетрадь отстающего ученика давно уже не проверялась, в ней нет ни одной пометки учителя. Очевидно, по мере отставания ученика учитель ослаблял свою работу с ним, а вскоре и совсем перестал обращать на него внимание. Иногда тетрадь ученика имеет хороший вид, в ней написаны все упражнения, но они списаны ребенком механически; он не только не понимает их смысла, но в ряде случаев не умеет даже прочитать то, что написал. Это особенно относится к домашним работам, которые оказываются иногда написанными старшими членами семьи. Рассматривая тетради по арифметике, мы можем видеть, что ребенок не понимает смысла знаков «плюс», «минус» и «равенство» (+, —, =); он не понимает, что решить пример — значит получить и записать ответ, и считает свою задачу выполненной, если он чистенько переписал столбики в тетрадку.

Анализ тетради показывает, какую помощь отстающему школьнику оказывал учитель. Так, например, если ребенок отстал от класса, учитель дает ему другие, облегченные задания; но иногда записи в тетради указывают на то, что задания эти непродуманны, случайны, бессистемны, а потому могут только занять ученика в данное время, но не помочь ему наверстать пропущенное.

Все приводимые факты указывают на то, что тетради ученика необходимо беречь, нумеровать их и представлять на комиссию в последовательном порядке, чтобы можно было судить о продвижении ребенка в процессе обучения. Надо присылать тетради как по русскому языку, так и по арифметике, и притом как классные, так и домашние. Контрольные работы также должны быть представлены, но они не могут заменить тетрадей.

Если возможно, надо присылать и рисунки ребенка. Иногда оказывается, что ребенок, которому очень трудно научиться писать, довольно хорошо рисует. Рисунки свидетельствуют не только о графических возможностях ребенка, но и о его наблюдательности, круге представлений, интересах, понимании пространственных отношений и т. п.

Таким образом, весь педагогический материал, представленный на комиссию, характеризует не только работу ребенка, но в какой-то мере и работу учителя и школы.

Материал, полученный из массовой школы, помогает работе медико-педагогической комиссии и в то же время повышает качество педагогической работы самих учителей начальных классов, которые приучаются внимательно изучать особенности отстающих учеников, что имеет большое значение для борьбы с неуспеваемостью.

ДЕТИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ НАПРАВЛЕНИЮ ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНУЮ ШКОЛУ

1. ДЕТИ-ОЛИГОФРЕНЫ

Большинство детей, подлежащих обучению во вспомогательной школе, — дети-олигофрены.

Олигофрения — это клиническая форма, характеризующаяся недоразвитием познавательной деятельности, в особенности мышления. В основе этого недоразвития лежит определенная биологическая недостаточность центральной нервной системы, главным образом наиболее сложных и поздно формирующихся мозговых структур. Эта недостаточность может быть обусловлена экзогенными вредностями, действующими на разных этапах эмбриогенеза, последствием поражения центральной нервной системы в раннем постнатальном периоде, хромосомными аберрациями и наследственной отягощенностью. Из рамок олигофрении следует исключить прогрессивно текущие формы слабоумия, обусловленные наследственными нарушениями обмена веществ, шизофреническое, эпилептическое слабоумие, временные задержки психического развития, вторичные задержки в развитии интеллекта при локальных дефектах, интеллектуальное недоразвитие, обусловленное особенностями социальной среды.

Лишь такое сужение понятия олигофрении дает основание, несмотря на полиэтиологичность, рассматривать олигофрению как определенную нозологическую форму. Для детей-олигофренов характерно развитие, которое подчинено основным закономерностям психического развития ребенка. Однако оно имеет при этом свои специфические особенности, обусловленные характером нарушения центральной нервной системы.

Вызывающие олигофрению причины различны. Олигофрения возникает вследствие воздействия разнообразных внешних факторов, неблагоприятно влияющих на внутриутробное развитие плода. Сюда относятся некоторые инфекционные заболевания матери во время беременности: тяжелые вирусные гриппы, тиф, краснуха, дистрофии, заражение плода различными паразитами, которые имеются в организме матери (токсоплазмоз, спирохета при сифилисе и др.), поскольку микробы и вирусы через плаценту проникают в кровяное русло плода. Установлена проницаемость плаценты для различных химических соединений — опиума, морфия, хлоралгидрата, хлороформа, папаверина и др. В лите-

ратуре имеются указания на то, что любое химическое соединение может вызвать повреждение плода, если нарушается его среда

В ряде работ показано огромное количество патогенных факторов, которые, действуя на ранних этапах эмбрионального развития, приводят к фенотипам.

Причиной олигофрении могут быть природные травмы, такие, как наложение щипцов, сдавливание головки ребенка при прохождении через родовые пути при затяжных, длительных или, наоборот, при чрезмерно быстрых («пулеметных») родах.

На современном этапе изучения этиопатогенеза олигофрении доказано, что многие формы врожденного слабоумия возникают вследствие хромосомной патологии.

В настоящее время стало известно, что носителями наследственных свойств являются хромосомоспецифические образования в ядре любой клетки организма. Одним из видов нарушения хромосомных соотношений является болезнь Дауна. При этой болезни в двадцать первой паре обнаруживается лишняя хромосома.

В настоящее время известны и другие виды хромосомных aberrаций, как в аутосомах, так и в половых хромосомах. Однако их удельный вес в общей популяции олигофренов невелик (примерно около 1%). Удельный же вес болезни Дауна среди глубоких форм слабоумия весьма велик.

В некоторых случаях олигофрения возникает при несовместимости состава крови матери и ребенка по резус-фактору.

Исследованиями установлено, что в эритроцитах людей имеется особое вещество, которое есть у всех обезьян-макак вида резус, что и дает основание называть это вещество резус-фактором (Rh). В зависимости от наличия или отсутствия в крови резус-фактора люди делятся на резус-положительных (Rh+) и резус-отрицательных (Rh—). Считается, что 85% людей определяются как резус-положительные, а 15% как резус-отрицательные. Если при беременности резус-отрицательной женщины плод унаследует кровь резус-положительного супруга, в организме матери в процессе беременности будут нарастать резус-антитела. Эти антитела проникают через плаценту в кровь плода. Там они соединяются с резус-положительными эритроцитами (агглютинируют), а затем и разрушают их. В результате происходит выпадение гемоглобина и нарастание билирубина. Плод рождается мертвым или погибает в первые часы жизни. В других случаях ребенок рождается с тяжелой желтухой, обусловленной появлением в крови красящего вещества билирубина. Это вещество образуется при разрушении эритроцитов. С усилением желтухи, т. е. с увеличением количества билирубина, состояние ребенка ухудшается — он становится вялым, появляются судороги, которые свидетельствуют о поражении центральной нервной системы. Если этим детям с гемолитической желтухой не было сделано обменное переливание крови (замена крови на 70—80%) в пер-

вые сутки, то в дальнейшем у них отмечаются признаки физического и психического недоразвития. Таким образом, несовместимость по резус-фактору может быть причиной возникновения олигофрении.

Олигофрения может возникнуть при сочетании ряда этиологических факторов. Так, при наличии предрасположения к олигофрении несовместимость крови по АВО-фактору между матерью и плодом может привести к реализации этого предрасположения и возникновению осложненных форм олигофрении.

Несовместимость по группам крови приводит к патологии беременности (токсикоз, недоношенность, впоследствии асфиксия), что может оказаться патогенным для развития плода.

Наукой доказано наличие наследственных форм олигофрении при разных типах наследования. Известно, что в семьях слабоумных родителей имеется известный процент детей-олигофренов. В этих случаях можно говорить о доминантных формах наследования. Бывают случаи рецессивных форм — родители здоровы, но были случаи слабоумия у более далеких предков.

Наличие наследственной формы олигофрении убедительно доказано работами, проведенными в последнее время в клиническом секторе НИИД АПН СССР.

Патологическая анатомия олигофрении и в настоящее время изучена недостаточно, а имеющиеся данные характеризуют в большинстве случаев лишь наиболее грубые степени этого недоразвития.

Обычно отмечают два рода анатомических изменений, свойственных олигофрении. Одни из них указывают на недоразвитие мозга: при олигофрении наблюдается слабое развитие полушарий, недостаточное развитие извилин, уменьшение количества корковых слоев, неправильное расположение клеток по слоям, малое количество нервных клеток, недоразвитие белого вещества, появление клеточных элементов в белом веществе. Эти анатомические изменения обусловлены ранним внутриутробным поражением мозга.

При органических поражениях, возникших на более поздних этапах развития плода или же в раннем периоде жизни ребенка, анатомические изменения носят несколько иной характер. В этих случаях можно отметить утолщение оболочек и сращение их с подлежащей мозговой тканью, иногда наблюдаются склеротические очаги заустения, кисты, гнездные или разлитые атрофии. В большинстве анатомических исследований отмечается наличие остаточной гидроцефалии в виде скопления ликвора в субарахноидальных пространствах, расширение желудочков мозга, изменение эпендимы. Существенным является тот факт, что все эти явления носят обычно разлитой характер.

Исследование электрической активности мозга у олигофренов в подавляющем большинстве случаев обнаруживает у этих детей отклонения электрической активности

мозга от нормы. По сравнению с нормой возрастает число кривых, на которых регистрируются медленные волны. Особенно большое значение придается факту, что у многих детей-олигофренов на электроэнцефалограммах среди медленных волн встречаются типичные дельта-волны, отличающиеся большой амплитудой и своеобразной конфигурацией. Дельта-волны характеризуют глубокие нарушения функционального состояния корковых нейронов и обычно встречаются при грубых органических поражениях мозга.

Неврологическое исследование детей-олигофренов выявляет наличие остаточной рассеянной симптоматики. Эти остаточные симптомы выражаются в нарушении зрачковой иннервации, косоглазии, легкой асимметрии лицевой иннервации, в остаточных парезах, носящих нередко дифференцированный характер.

Обследования также показывают, что наблюдаются и общие изменения моторики, которая у детей-олигофренов характеризуется недифференцированностью, бедностью и невыразительностью. У части детей-олигофренов отмечается повышение сухожильных рефлексов, легкие, нестойкие патологические знаки (чаще симптом Бабинского). При отсутствии четких локальных расстройств чувствительности у многих детей нарушена способность анализировать наносимые им раздражения.

В ряде случаев неврологическое исследование обнаруживает более грубую очаговую симптоматику, а также наличие неврологических симптомов, указывающих на поражение подкорковых узлов.

Все эти патологические изменения и лежат в основе тех глубоких нарушений высшей нервной деятельности, которые в той или иной степени отмечаются у всех олигофренов.

У олигофренов наблюдаются значительные отклонения от нормы в проявлении общих закономерностей протекания процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга. Эти отклонения выражаются, в частности, в ряде патологических особенностей, которые мешают образованию новых, и особенно наиболее сложных, специфически человеческих форм высшей нервной деятельности.

Опыты показали, что у олигофренов обычно снижена сила нервных процессов, причем особенно ослаблено активное, внутреннее торможение; нередко у них имеет место значительное нарушение равновесия между раздражительным и тормозным процессами, причем у одних из них (возбудимые олигофрены) преобладает пассивное внешнее торможение.

Как правило, у олигофренов отмечаются значительные нарушения подвижности нервных процессов; в частности, это приводит к тому, что возникшие связи становятся у них инертными, их переделка и выработка новых связей затрудняется. Все это приводит к заметному нарушению замыкания новых связей в коре

головного мозга. Простые связи образуются у олигофренов без значительного труда; однако образование более сложных систем связей, включающих в себя тонкие дифференцировки, для олигофренов трудная, а иногда и непосильная задача. Наиболее трудным оказывается для олигофрена образование таких сложных связей, которые требуют предварительного выделения одних признаков и отвлечения от других, особенно более конкретных; такие связи обычно вырабатываются у них с большим трудом и оказываются очень нестойкими, легко уступая место другим, более простым связям, проявляющим в этих случаях свою инертность.

Слабость нервных процессов в коре головного мозга приводит к ряду особенностей высшей нервной деятельности олигофрена. Среди них следует упомянуть значительную иррадиацию нервных процессов, встречающуюся у олигофренов, вследствие чего раз возникшее торможение легко распространяется, иррадирует на последующие сигналы, нарушая правильные реакции на них, а возникающее в ответ на какой-либо сигнал возбуждение может нарушать последующие дифференцировки.

Все эти особенности нейродинамики приводят к основным дефектам, характерным для сложных форм деятельности олигофрена, осуществляемых при ближайшем участии отвлекающей и обобщающей функции слова.

Используемое олигофреном слово оказывается не в состоянии должным образом отвлекать существенные признаки предметов и быть орудием обобщения предметов, различных по своим внешним признакам. Иначе говоря, дефекты высших корковых процессов у олигофренов приводят к характерным для них трудностям усвоения знаний и образования понятий. Патологические исследования указывают на то, что среди всех патологических изменений высшей нервной деятельности детей-олигофренов ведущее место занимает патологическая инертность нервных процессов.

Убедительно показано значение патологической инертности как ведущего нарушения среди других изменений высшей нервной деятельности при олигофрении (В. И. Лубовский, И. В. Равич-Щербо, Е. Н. Марциновская и др.).

Параметр подвижности был впервые выделен при исследовании периферической нервной системы Н. Е. Введенским и М. А. Ухтомским. Параметр подвижности применительно к высшей нервной деятельности изучался в школе академика И. П. Павлова.

Установленные факты показывают, что критерий подвижности может служить показателем качественных отличий высшей нервной деятельности животных, стоящих на различном уровне эволюционного развития.

Многочисленные клинические факты дают основание считать, что нарушение подвижности нервных процессов является тем па-

тологическим изменением высшей нервной деятельности, которое тормозит возможность образования сложных функциональных систем и тем самым лежит, по-видимому, в основе ведущего симптома при олигофрении.

Следует подчеркнуть, что инертность нервных процессов не единственная патофизиологическая особенность олигофрении, а лишь ведущее патофизиологическое проявление. Бесспорно, при сравнении особенностей высшей нервной деятельности нормальных детей и детей-олигофренов у последних заметно снижена сила нервных процессов, а также отмечаются различные нарушения их уравниваемости.

В словесной системе олигофренов затруднено образование стойких доминирующих систем связей, которые оказывались бы сильнее и устойчивее, чем связи, образуемые в процессе непосредственного, наглядного опыта; поэтому у олигофренов бывает так трудно добиться точного выполнения словесной инструкции, особенно если она носит сложный характер, так как для ее понимания она должна быть предварительно проанализирована. Наконец, олигофрены иногда не в состоянии достаточно четко осознать свои собственные действия, анализировать, обобщать и оценивать собственное поведение.

* *

При решении вопроса о направлении ребенка во вспомогательную школу врач-психоневролог должен учитывать как степень дефекта, так и качественное своеобразие его.

По степени выраженности дефекта олигофрению разделяют на три группы: идиотию, имбецильность и дебильность.

Больных с наиболее глубокой степенью умственной отсталости (идиотия), осложненной эпизодическими эпилептическими припадками или периодически возникающими приступами возбуждения, следует направлять для стационаризации в детские психиатрические колонии для хроников.

Больные с неосложненными формами идиотии подлежат направлению в учреждения Министерства социального обеспечения.

При идиотии наблюдается резкое нарушение физического развития, что выражается в общей дисгармоничности, наличии эндокринных расстройств, уродств в строении черепа и скелета. Наличие грубых эндокринных нарушений дает право предполагать значительную диффузность поражения центральной нервной системы, захватывающую и область промежуточного мозга.

Движения у идиотов очень недоразвиты. У них резко нарушена координация движений — особенно отчетливо в отношении тонких движений рук. У многих идиотов отмечается расстройство стояния и ходьбы; у них нередко наблюдаются стереотипные

ритмические движения в виде раскачивания туловища, похлопывания в ладоши, потряхивания головой, сосание пальцев рук и ног.

При глубоких формах идиотии развитие речи не идет дальше произношения отдельных звуков; в других случаях идиоты могут искаженно произносить ограниченное количество слов, представляющих названия отдельных предметов. Наблюдаются отдельные случаи идиотии с более сохранной произносительной стороной речи: эти дети могут произносить слова и фразы, смысл которых остается им непонятен.

Поведение идиотов резко нарушено. Некоторые из них лежат или сидят, не реагируя на окружающее; другие, наоборот, крайне двигательны беспокойны: они бегают, прыгают, кувыркаются, кусаются.

При идиотии, в силу грубого недоразвития речи, ее тормозящей и регулирующей роли, простые безусловные рефлексы (пищевой, половой, оборонительный) перестают тормозиться и выступают в особенно резкой и открытой форме.

У идиотов настолько грубо нарушены кортикальные функции, что образование даже простых условных рефлексов чрезвычайно затруднено. У некоторых из них можно получить лишь натуральные двигательные реакции; условные рефлексы в специальных лабораторных условиях у них вырабатываются с большим трудом. Выработка дифференцировок совсем не удается. При попытке получить дифференцировки тормозится уже выработанный ранее условный рефлекс.

Именно эти особенности высшей нервной деятельности обуславливают грубое психическое недоразвитие идиотов, что исключает возможность их обучения в условиях вспомогательной школы.

В распознавании глубокой степени умственного недоразвития врач — детский психоневролог обычно не испытывает особых затруднений. Значительно сложнее диагностика имбецильности.

При имбецильности хотя и в менее резкой форме, чем у идиотов, но все же достаточно отчетливо выявляется нарушение физического развития в виде выраженной общей диспластичности и аномалий в строении черепа (микроцефалия, тидроцефалия, атипические формы черепа).

Исследование нервной системы обнаруживает у имбецилов остаточную рассеянную неврологическую симптоматику, чаще с преобладанием правосторонней. Нередко у имбецилов отмечается ряд неврологических симптомов, указывающих на нарушение нормальной деятельности подкорковых узлов. Грубые эндокринные нарушения свидетельствуют о том, что процесс распространения и на межуточную область мозга. Однако при имбецильности остаточная неврологическая симптоматика крайне разнообразна.

Менее грубо, чем у идиотов, но достаточно отчетливо выступает у имбецилов недоразвитие моторики. Моторика этих детей характеризуется заторможенностью, статичностью: она крайне недифференцирована — дети часто не могут произвести изолированного движения. Так, например, при задании закрыть один глаз они обычно закрывают оба глаза при участии всей мимической мускулатуры лица, иногда совершают это движение при помощи рук.

Наряду с общей моторной заторможенностью у этих детей много лишних движений рук и корпуса. Особенно ярко выступает у имбецилов нарушение тонких дифференцированных движений рук. Руки у имбецилов вялые, движения рук слабые, неловкие; в кистях нет эластичности. Как правило, имбецилы с трудом овладевают навыками самообслуживания. Недоразвитие моторики у этих детей затрудняет овладение письмом.

У имбецилов поведение нарушено менее грубо, чем у идиотов. Однако в обстановке класса резко выявляется недоразвитие их личности. Дети очень долго не осознают себя учениками, не понимают требований учителя. Они ходят по классу, встают со своего места, едят во время урока, беспричинно смеются, играют с наглядными пособиями и не реагируют на замечания педагога.

У многих имбецилов особенно резко проявляются подражательные формы поведения; они часто подражают всему, что видят или видели.

На поведение имбецилов определенное влияние оказывают их эмоциональные особенности. Одни из них вялы, апатичны, малоподвижны; другие, наоборот, подвижны, добродушны, болтливы, временами двигательльно беспокойны, раздражительны.

У них, как правило, отмечаются выраженные нарушения в развитии речи, в ее понимании и произношении. Речь их обычно состоит из ограниченного количества слов, главным образом названий отдельных предметов. Очень грубо недоразвита у имбецилов познавательная деятельность с ее процессами анализа и синтеза, что и вызывает большие затруднения при обучении их элементарной грамоте и счету. Они с большим трудом запоминают отдельные буквы, долго путают между собой буквы, имеющие некоторое оптическое сходство или обозначающие звуки речи, сходные по звучанию. Еще больше затруднений выявляется при слиянии звуков в слоги и слогов в слова. При обучении элементарной грамоте отчетливо проявляется недостаточность слухового анализа и синтеза.

После длительного обучения, когда эти дети овладевают процессом чтения, этот навык часто продолжает носить чисто механический характер: читая, они произносят звуки и их сочетания, не понимая смысла произносимых слов.

Наиболее ярко недоразвитие познавательной деятельности у имбецилов обнаруживается при обучении счету. Они с большим

трудом овладевают конкретным счетом, вначале не соотнося числа и предметы. Многим имбецилам переход к абстрактному счету оказывается недоступным; у них не возникает понятия о числе, а имеется лишь способность механически заучивать порядковый счет и таблицу умножения.

Недоразвитие познавательной деятельности проявляется у них в неумении понять смысл самой легкой сюжетной картинки, при этом они ограничиваются лишь перечислением отдельных предметов.

Если им предложить классифицировать картинки по известному принципу (например, положить вместе картинки с изображением деревьев, затем птиц, животных), обнаруживается, что ребенок не понимает смысла задания и поэтому выполняет не тот вид деятельности, который требует от него экспериментатор. Так, в задании «разложи картинки на отдельные кучки, положи вместе что к чему подходит» эти дети понимают только смысл слова «разложи» и беспорядочно раскладывают перед собой все картинки.

Среди различных форм врожденного слабоумия в степени имбецильности довольно большой удельный вес занимают дети с болезнью Дауна.

В 1866 г. английский врач Лэнгдон Даун выделил это заболевание из других форм умственной отсталости как отдельную нозологическую единицу. Полное научное описание этой аномалии дали в 1876 г. англичане Фрейзер и Митчелл (Б. Лебедев, 1958). В дальнейшем болезнь Дауна описывалась исследователями различных стран. В России об этом заболевании впервые сообщил в 1905 г. П. И. Ковалевский (Б. Лебедев, 1958).

В последнее время отмечается значительное накопление в популяции больных с синдромом Дауна. Некоторые исследователи видят причину этого в том, что дети с синдромом Дауна стали рождаться чаще, чем это наблюдалось раньше. Бесспорно, накопление в популяции больных с синдромом Дауна объясняется резким снижением детской смертности. Психопатологическое исследование этих детей выявило у них различную степень умственного недоразвития — от выраженных форм дебильности до имбецильности. Поэтому при решении вопроса о направлении ребенка во вспомогательную школу необходимо учитывать степень умственного недоразвития. Проведенные цитогенетические исследования показали, что некоторые дети с синдромом Дауна имеют лишнюю 21-ю хромосому, т. е. по 47 во всех клетках организма. У некоторой части детей (так называемые «мозаики») патологический хромосомный набор содержится лишь в некоторой части клеток организма. Этим, по-видимому, объясняется различная степень выраженности у них признаков психического и физического недоразвития.

Дети с болезнью Дауна имеют ряд характерных признаков в своем физическом и психическом состоянии. Голова уменьшена

в размерах, череп круглый, затылок плоский. Брахицефалия и уплощение затылка увеличиваются с возрастом. Роднички закрываются поздно. Лицо уплощено, нос короткий с плоской переносицей и широким основанием. Верхняя челюсть недоразвита, что приводит к аномалиям прикуса. Особенно характерно строение глаз: глазные щели узкие, с косым разрезом. Имеется кожная складка — эпикант, идущая от верхнего века к нижнему внутреннему углу глазной щели. Отмечается узкое высокое арковидное нёбо. Рот полуоткрыт, губы толстые, часто в трещинах. Характерен язык больных — он утолщен и покрыт глубокими поперечными бороздами. Часто отмечаются разнообразные аномалии зубов. Ненормальное строение голосовых связок приводит к изменению тембра голоса. Ушные раковины сформированы неправильно, отдельные части наружного уха бывают недоразвиты.

Наблюдаются аномалии в строении грудной клетки и скелета конечностей. Пальцы кисти и стопы укорочены, мизинец часто искривлен. Нередко отмечается синдактилия. Гипотония мышц и недоразвитие связочного аппарата приводят к возникновению характерного симптома — чрезвычайной подвижности в суставах. При клиническом исследовании почти всегда обнаруживается порок сердца. Часто это выражается в дефекте межжелудочковой перегородки или в незаращении баталлова протока. Примерно в половине случаев обнаруживается гипоплазия половых органов, однако к периоду полового созревания строение половых органов нормализуется. При эндокринологическом исследовании обнаруживается нарушение функции почти всех желез внутренней секреции.

Со стороны центральной нервной системы отмечается остаточная рассеянная двусторонняя органическая симптоматика. Ряд симптомов указывает на нарушение нормальной деятельности подкорки и промежуточного мозга.

Психика детей с болезнью Дауна имеет ряд своеобразных особенностей. По степени выраженности интеллектуальной недостаточности они чаще приближаются к имбецильности; в некоторых случаях, но значительно реже, среди детей, страдающих болезнью Дауна, отмечается отсталость в степени дебильности. У части этих детей наблюдается повышенная подвижность; они склонны к гримасничанью, у них развита подражательность, во время пребывания в клинике хорошо имитируют жесты врача. У другой группы тех же детей отмечается склонность к негативизму, повышенная раздражительность, некоторые из них очень вялы и заторможенны.

Глубоко отсталых детей с болезнью Дауна следует помещать в учреждения Министерства социального обеспечения; при менее грубой форме отсталости — направлять в имбецильные классы; при легких степенях отсталости они могут обучаться по программе вспомогательной школы.

Основное отличие имбецилов от идиотов определяется иной динамикой их развития. Имбецилы при правильной коррекционно-воспитательной работе могут развиваться, причем темпы развития различны. Это относится полностью и к больным с синдромом Дауна, поскольку в какой-то части они могут овладеть элементами грамоты и быть приучены к элементарным видам труда.

Особенные трудности в определении степени дефекта могут иметь место в случаях олигофрении с грубым нарушением речи. Поэтому так называемый особый класс для глубоко отсталых детей при вспомогательной школе должен быть использован в отношении некоторых детей в диагностических целях. После года, а иногда и двух лет обучения детей в этом классе может четко определиться окончательная диагностика в отношении степени выраженности дефекта и его структуры. Некоторые из этих детей (чаще это бывает в тех случаях, когда на фоне общего интеллектуального недоразвития выявляется грубый дефект в пределах отдельного анализатора) при правильной компенсации значительно продвигаются в своем развитии и могут в дальнейшем обучаться по программе обычных классов вспомогательной школы.

Приведем пример такого случая имбецильности:

Ваня С., 12 лет, ученик имбецильного класса. Мальчик от первой беременности. Роды в срок, но тяжелые, с наложением щипцов и последующей длительной асфиксией. Раннее развитие — с резкой задержкой. Ходить начал лишь к четырем годам, произносить отдельные нечленораздельные звуки — к пяти годам. В 8-летнем возрасте обследован врачом-специалистом и педагогом-дефектологом, причем его состояние было оценено как очень глубокая степень умственного недоразвития; ребенок не был принят даже в имбецильный класс вспомогательной школы. Грубый речевой дефект на фоне общей интеллектуальной недостаточности в сочетании с общим двигательным беспорядком привели к тому, что мальчик при обследовании не мог выполнить ни одного из предложенных ему заданий, так как он не понимал обращенной к нему речи. Последнее обстоятельство и дало повод ошибочному заключению о его необучаемости. Через год мальчик был подвергнут вторичному обследованию, которое выявило своеобразие его дефекта, обусловленное главным образом грубым недоразвитием речи.

Правильно организованная педагогическая и логопедическая работа с Ваней способствовала значительному продвижению его развития. У него вырос словарный запас, он научился строить фразы, стал понимать обиходную речь; от беспорядочных штрихов перешел к оформленному рисунку. У него появился интерес к школьным занятиям, он мог самостоятельно справиться с заданием, не требующим речевого оформления, например, подобрать разрезную картинку из кубиков. Мальчик стал значительно более организованным в своем поведении.

В первой четверти первого года обучения педагог убеждается в том, что Ваня обучаем, и к концу второй четверти готовит мальчика для перевода в I класс вспомогательной школы.

В специальных, имбецильных классах вспомогательной школы должны обучаться дети, которые, несмотря на известное продвижение в развитии, все же по уровню своей аналитико-синтети-

ческой деятельности могут овладеть только очень небольшим объемом знаний и навыков.

На первоначальных этапах обучения, даже в специальном классе, у этих детей возникают значительные трудности, но при правильной организации педагогической работы они все же продвигаются в своем развитии и могут овладеть в дальнейшем элементарными видами труда.

Приведем соответствующий пример:

Вова М. 15 лет, ученик специального класса вспомогательной школы, учится четвертый год. Вова от второй беременности. На восьмом месяце беременности мать при падении получила сильный удар в живот. Роды в срок. Раннее развитие — со значительной задержкой.

В 6 месяцев врач консультации отметил значительное отставание в развитии ребенка.

Ходить мальчик начал к концу второго года жизни, отдельные слова стал произносить к трем годам.

В раннем детстве Вова перенес ряд детских инфекционных заболеваний. Во время значительного повышения температуры у него отмечались единичные судорожные припадки. Ясель и детского сада мальчик не посещал.

В 9 лет он был направлен в специальный класс вспомогательной школы, где на первых порах даже по программе этого класса обучался с большим трудом.

По физическому развитию мальчик отстал от возрастных норм, у него отмечается микроцефалия: окружность головы 45 см. Общее диспластическое строение скелета. Функциональная недостаточность сердечно-сосудистой системы.

Со стороны нервной системы отмечается двусторонняя остаточная микро-симптоматика с преобладанием правосторонней.

Психическое состояние. На первом году обучения Вова был спокойный, добродушный, контактный, подчинялся требованиям учителя. Однако обучение его было крайне затруднительным. Он не мог ответить ни на один вопрос, не знал, где живет, кто у него есть дома, на все отвечал: «Не знаю». У мальчика не было элементарной пространственной ориентировки: каждый день его отводили в школу и приводили из школы. В школе он также плохо ориентировался. Вову нужно было довести до его места в классе; выйдя из класса, он сам не мог вновь вернуться на свое место. Первое время не мог повторить короткого предложения за учителем. Очень большие трудности испытывал мальчик при обучении грамоте; с трудом заучивал буквы и тотчас же их забывал. Затруднялся в написании элементов букв, не ориентировался в линейках. Постепенно Вова выучил буквы, хотя на первых порах часто смешивал их, научился сливать буквы в слоги. Обычно он умел пользоваться тем, чем овладевал, благодаря сохраненной целенаправленности при выполнении задания.

Значительные трудности выявились при обучении его счету. Путем длительных тренировок мальчик усвоил прямой счет до 5 и с еще большими затруднениями овладел обратным счетом от 5.

У мальчика не было никакого представления о соотношении между количеством и заученным числом.

В третьей четверти первого года обучения Вова научился читать, но совершенно не понимал смысла прочитанного. Постепенно Вова с трудом начал усваивать программу I класса. Если раньше он мог только перечислять отдельные предметы на картинке, то к концу второго года обучения стал рассказывать по картинкам в виде коротких предложений. Значительно продвинулся Вова в своем общем развитии. Если раньше у него не было никакого критерия оценки своей работы, то теперь он стал понимать и оценивать свою работу, иногда сам находил свои ошибки. Он очень охотно стал готовить дома уроки. На третьем году обучения Вова еще больше продвинулся в своем раз-

витии. В настоящее время он успешно работает в столярной мастерской школы. Вова — прилежный, организованный, старательный ученик. Он научился читать бегло и по вопросам может изложить содержание прочитанного; пишет под диктовку несложные фразы и обычно не делает ошибок.

Вова владеет прямым счетом до 100; заучил таблицу умножения, считает двойками, тройками; знает состав числа в пределах 10, но примеры на сложение и вычитание в пределах 10 он до сих пор решает с помощью пальцев. Очень затрудняется в решении простейших арифметических задач; даже задачи в один вопрос для него трудны; решение задач он обычно подменяет механическим складыванием фигурирующих в задаче чисел, выполняя это действие независимо от вопроса задачи.

Познавательная деятельность Вовы резко недоразвита, но и здесь со временем стали отмечаться некоторые сдвиги. Так, если год назад он не мог разложить в известной последовательности самую легкую серию картинок, то теперь с помощью педагога он это задание может выполнить. Если раньше при классификации картинок ему было недоступно понимание самой инструкции и все задание понималось им, исходя лишь из слова «разложи», то через год он смог выполнить это задание с некоторой помощью, обнаружив при этом способность устанавливать примитивные конкретно-ситуационные связи.

Клиническое заключение. В данном случае после перенесенного внутриутробного поражения центральной нервной системы имеет место резкое нарушение развития, которое обнаружилось уже в 6-месячном возрасте. Наиболее отчетливо это выявилося к началу школьного возраста.

Трудности в овладении элементарной грамотой обусловлены главным образом грубым недоразвитием сложных форм психической деятельности, при относительной сохранности элементарных форм доступной ему деятельности.

Нарушение развития сложных форм деятельности, связанное с перенесенным во внутриутробном периоде поражением мозга, дает основание для диагноза — олигофрения.

Грубость недоразвития по степени выраженности дефекта позволяет говорить об имбецильности.

Качественное своеобразие структуры дефекта определяется тем, что у данного ребенка недоразвиты преимущественно наиболее сложные формы деятельности при относительно большей сохранности элементарных форм деятельности.

Не менее характерной чертой данной структуры дефекта является отсутствие грубых нарушений в пределах того или иного анализатора, а также каких-либо резких нейродинамических нарушений, что было обнаружено специальным исследованием.

В условиях правильно организованной педагогической работы удалось добиться ряда положительных результатов. Вова с большим трудом, но все же овладел элементарной грамотой и счетом и оказался хорошим учеником в процессе его обучения в мастерской.

Однако не все дети, относящиеся к имбецилам, имеют описанную структуру дефекта.

При имбецильности чаще, чем при дебильности, отмечаются осложненные формы олигофрении, в виде то грубых нарушений в пределах того или иного анализатора, то грубых нейродинамических нарушений.

При имбецильности отмечаются те же варианты дефекта, что и при более легкой степени умственной отсталости — дебильности, о которых речь будет идти ниже.

* *

*

От описанных двух степеней умственного недоразвития заметно отличаются так называемые дебилы, которые составляют основную массу детей, обучающихся во вспомогательной школе.

Дебильность — это более легкая степень олигофрении. Дети-дебилы в процессе обучения усваивают программу вспомогательной школы и могут быть подготовлены к трудовой деятельности.

У дебилов обычно имеются более легкие отклонения в физическом развитии. В ряде случаев никаких выраженных отклонений в физическом развитии у этих детей может и не отмечаться. Лишь при некоторых формах заболевания у них наблюдаются грубые моторные нарушения; у большинства же дебилов нарушены лишь более сложные движения. Особенно отчетливо выступают дефекты их моторики в тех случаях, когда им приходится выполнять движения по словесному заданию или воспроизводить движение в игровой, воображаемой ситуации. Двигательные нарушения у дебилов при правильных педагогических приемах обычно компенсируются настолько, что это не мешает их дальнейшему приспособлению к трудовой деятельности. Недоразвитие речи у дебилов не носит столь грубого характера, как у идиотов и имбецилов. Среди дебилов встречаются такие дети, у которых нет грубых нарушений в понимании речи. Они, как правило, понимают обращенную к ним элементарную речь, однако более сложные обороты речи им недоступны. У большого числа олигофренов к началу школьного возраста отмечается значительное косноязычие, которое, видимо, объясняется тем, что эти дети своевременно не преодолевают тех недостатков артикуляции, которые наблюдаются на ранних этапах развития. Наряду с косноязычием обнаруживаются бедный запас слов и недостаточность грамматического строя речи. В дальнейшем общее недоразвитие лежит в основе недостаточности усвоения семантической стороны родного языка, что проявляется у олигофренов в непонимании значения тех слов, которые произносят окружающие.

Игры дебилов носят стереотипный и примитивный характер. Во время игры они не всегда могут действовать соответственно взятой на себя роли, так как недостаточно понимают игровую ситуацию в целом.

С точки зрения особенностей поведения дебилы стоят на значительно более высоком уровне, чем имбецилы. Под организованным педагогическим воздействием дебилы приобретают навыки правильного поведения в школе. Многие из них ответственно относятся к выполнению заданий и стремятся получить возможно лучшую оценку. У них вырабатывается критическое отношение к своей работе, они научаются осознавать допущенные ими ошибки, нередко возникает относительно правильная оценка собст-

венных поступков. Однако у некоторой части дебилов отмечают-ся выраженные патологические формы поведения: они бывают двигательнo-беспокойны, раздражительны, неустойчивы, склонны к резким аффективным вспышкам.

Недоразвитие сложных форм психической деятельности является основным нарушением и при более легких степенях умственной недостаточности. Однако дефект психического развития детей-дебилов выступает особенно резко в условиях школьного обучения, а не в дошкольном возрасте.

Школьное обучение требует от всякого нормального ребенка выполнения сложных видов познавательной деятельности. К моменту поступления в школу у здорового ребенка появляется отвлеченное мышление, основанное на элементах абстракции и обобщения.

Для детей-дебилов характерна интеллектуальная недостаточность. Она выражается в неспособности к отвлеченным обобщениям, к установлению связей и зависимостей, к анализу и синтезу. Мышление ребенка-дебила имеет наглядно-образный, ситуационный характер и обладает рядом своеобразных черт. Так, рассматривая предмет, дебил замечает меньше характеризующих его признаков, бессистемно выделяет главным образом только наглядно воспринимаемые, резко очерченные части и, как правило, не самые существенные. Дебилы затрудняются, например, на основе предварительного выделения одного признака объединить в одну категорию предметы, входящие в различные наглядные ситуации (тарелку — с посудой, стол — с мебелью, козу — с животными, утку — с птицами и т. д.). У ребенка-дебила резко выступает недостаточность процессов сравнения, имеющих огромное значение для развития познания, для усвоения учебного материала. Все это лежит в основе тех трудностей, которые возникают у детей-дебилов при обучении в массовой школе. Уже на самых первоначальных этапах обучения грамоте дети-дебилы испытывают затруднения при необходимости соотносить звуки и буквы, сливать звуко-буквы в комплексы; их особенно затрудняет овладение пониманием смысла прочитанного.

Недостаточность детей-дебилов выявляется при обучении их счету. Они без особых затруднений усваивают порядковый счет в пределах первого десятка, но с трудом могут понять количественное содержание числа. Этих детей очень трудно научить решать простейшие примеры. Они плохо дифференцируют арифметические знаки «+», «—». Еще более отчетливо выступают испытываемые дебилom трудности при решении арифметических задач. Решая арифметическую задачу, ребенок должен понять условие, усвоить систему связей, которая дается в задаче, и оперировать строго в пределах этих связей. В задачах, состоящих из двух действий, он должен суметь поставить дополнительные, не сформулированные в условиях вопросы. В условии задачи сказано, что у одного мальчика было четыре карандаша, а у друго-

го — на один
кара...
ровать...
и сразу...
бенно на...
4—1=5.
Дебилы...
ния, но...
сти устанав...
восприятия...
тинок они...
тали, но...
особенности...
рию последо...
сти, бедности...
ли одним...
жета картины...
деталей опы...
в интеллектуаль...
гофрена.

Недоразвитие...
точное участие...
нии предметов...
выступают...
лагают разло...
картинок, ина...
текает опера...
кой-либо со...
признак (цвет, ф...
ных деталей). И...
метов, непосред...
Подлинное обра...
говорит о наруш...
ределяет всю...
рена.

Дети-олигофр...
точки зрения ст...
одна лишь коли...
дает правильнот...
щихся и не пом...
стоят перед вспо...
Можно выде...
из которых име...
дагогическую ха...
При выделе...
из отдельно взят...

го — на один карандаш больше; нужно узнать, сколько было карандашей у обоих. Ученик должен самостоятельно сформулировать вопрос: «Сколько карандашей было у второго ребенка?» — и сразу перейти к решению задачи. Олигофрен, как правило, особенно на младших годах обучения, «решает» ее в один вопрос: $4 + 1 = 5$.

Дебилы правильно воспринимают предметы и их изображения, но испытывают значительные затруднения при необходимости устанавливать связи между предметами и явлениями. При восприятии сюжетной картины или серии последовательных картинок они могут правильно назвать и перечислить отдельные детали, но оказываются не в состоянии выделить существенные особенности изображения или же связать единым сюжетом серию последовательных картинок. Уже по одной фрагментарности, бедности восприятия, полной невозможности охватить детали одним смысловым целым и выйти в трактовке смыслового сюжета картины за пределы непосредственно воспринимаемых деталей опытный педагог может угадать те глубокие нарушения в интеллектуальной деятельности, которые характеризуют олигофрена.

Недоразвитие процессов отвлечения и обобщения, недостаточное участие речи в выделении нужных признаков и в обобщении предметов по этим, предварительно выделенным, признакам выступают особенно отчетливо, если ребенку-олигофрену предлагают разложить по группам некоторое количество данных ему картинок, иначе говоря, если возникает попытка уяснить, как протекает операция классификации. Нередко ребенок выделяет какой-либо совершенно несущественный, но бросающийся в глаза признак (цвет, форма, величина, наличие каких-либо общих частных деталей). Иногда к этому присоединяется сближение предметов, непосредственно включенных в одну общую ситуацию. Подлинное образование понятий детям-дебилам недоступно. Это говорит о нарушении операций отвлечения и обобщения, что определяет всю познавательную деятельность ребенка-олигофрена.

Основные формы олигофрении

Дети-олигофрены отличаются значительным разнообразием с точки зрения структуры психического недоразвития. Поэтому одна лишь количественная характеристика глубины дефекта не дает правильного представления о разнообразии состава учащих и не помогает решать педагогические задачи, которые стоят перед вспомогательной школой.

Можно выделить пять основных форм олигофрении, каждая из которых имеет свою патофизиологическую, клиническую и педагогическую характеристику.

При выделении различных форм олигофрении мы исходим не из отдельно взятого фактора, а учитываем их совокупность: этно-

логию, время поражения, качественные особенности патологического процесса и его распространение.

К первой форме олигофрении относятся такие состояния, когда у ребенка недоразвиты наиболее сложные формы познавательной деятельности, требующие известного уровня отвлечения и обобщения; эта форма не сопровождается грубым поражением в пределах того или иного анализатора и первичным поражением эмоционально-волевой сферы ребенка. Отличительной особенностью этих детей-олигофренов является также и их способность к устойчивой целенаправленной деятельности при выполнении доступных им заданий. Дети этой группы достаточно спокойны и уравновешены в своем поведении. Педагог сталкивается с трудностями преимущественно при обучении этих детей. Физически эти дети обнаруживают лишь незначительные отклонения от нормы.

Неврологическое обследование этих детей может дать лишь указания на рассеянную симптоматику, иногда с преобладанием правосторонних симптомов, указывающих на относительно большее поражение левого полушария головного мозга; однако во многих случаях неврологическая симптоматика может носить и более грубый характер.

Эти дети, как было указано, проявляют выраженную интеллектуальную недостаточность, которая, как правило, начинается особенно отчетливо выявляться лишь в конце дошкольного возраста.

В дошкольном возрасте у этих детей обнаруживается бедный словарный запас, пониженный интерес к слушанию сказок, к картинкам, недоразвитие сложных форм сюжетной игры и склонность к стереотипным примитивным играм.

В школьном возрасте их недостаточность обнаруживается гораздо более резко. Эти дети предварительно обучаются год, а иногда и дольше в массовой школе, оставаясь там неуспевающими учениками.

Многие умственно отсталые дети этой группы оказываются относительно сохранными в своем поведении. При организующем педагогическом воздействии они сравнительно легко усваивают правила внутреннего распорядка школы; у них возникает правильное отношение к оценке, которую им дает учитель, интерес к отметке, а в дальнейшем и критическое отношение к своей работе, что всегда является показателем значительного продвижения ребенка в общем развитии.

Дети-олигофрены этой группы обычно обнаруживают относительно эмоциональную сохранность; у них есть элементарное понимание ситуации, чувство застенчивости; они радуются своим успехам; игрушки вызывают у них эмоции и живой интерес; в игре они обнаруживают некоторые замыслы, которые начинают осуществлять; они способны организовать игру. Речь в процессе игры организует и планирует их действия.

У детей-олигофренов не выявлено грубого нарушения известности при выпадении, выражаемой уже указанным недостатком этих детей, они внимательны, организованы (например, при хорошо запоминают от знаниями и привычками, тельной школы, и общ дисциплинированными детей-олигофренов овладеет — счетом. Они умеют свой прошлый опыт и условия.

Центральным симптомом всем олигофренам недостаточность.

Олигофрены часто дачи и заменяют ее реполняют лишь отдельные

Олигофрена затрудняются. Эти дети не понимают, так как затрудняются между отдельными случаями, когда нужно танного или же понятия

Недостаточный ум, особенно отчетливо в кации.

Дети-олигофрены ситуационные формы деятельности к стереотипии. подвижности нервной системы, что очень яркой усвоенная связь инерции, в I классе усвоения «Семья» педагог с по на картинке с изображением все показанные предельного рассматрив

У детей, которых мы отнесли к первой форме олигофрении, не выявляется грубых расстройств моторики. Они могут воспроизвести показанные им движения; затруднения отмечаются лишь при выполнении движения по словесной инструкции или в воображаемой ситуации. Речь обычно грубо не нарушена; иногда отмечается уже указанное выше косноязычие, бедный запас слов и недостаточность овладения грамматическим строем речи. У большинства этих детей выявляется устойчивая работоспособность, они внимательны, организованы в доступных им видах деятельности (например, при складывании кубиков по картинкам они хорошо запоминают отдельные части фигуры, их расположение).

Изучение этой группы детей показывает, что они овладевают знаниями и навыками, предусмотренными программой вспомогательной школы, и обычно являются наиболее трудолюбивыми и дисциплинированными учениками. Они значительно легче других детей-олигофренов овладевают чтением, письмом, несколько труднее — счетом. Они умеют использовать в процессе деятельности свой прошлый опыт и могут переносить его в относительно новые условия.

Центральным симптомом у этих детей является свойственное всем олигофренам недоразвитие процессов отвлечения и обобщения.

Олигофрены часто не осознают поставленной перед ними задачи и заменяют ее решение другим видом деятельности или выполняют лишь отдельный элемент сложной задачи.

Олигофрена затрудняет смысловая сторона любого задания. Эти дети не понимают основного смысла сюжетных картинок, так как затрудняются в установлении сложной системы связей между отдельными элементами картинки. Они затрудняются в случаях, когда нужно сделать самостоятельный вывод из прочитанного или же понять скрытый смысл рассказа.

Недостаточный уровень развития отвлечения и обобщения особенно отчетливо выявляется при различных видах классификации.

Дети-олигофрены почти не могут преодолеть наглядные ситуационные формы мышления, обнаруживают при этом склонность к стереотипии. Отличительная особенность высшей нервной деятельности первой группы детей-олигофренов — нарушение подвижности нервных процессов в сторону преобладания инертности, что очень ярко выявляется в процессе их обучения. Раз усвоенная связь инертно применяется в любых случаях и лишь с большим трудом уступает свое место другой связи. Так, например, в I классе вспомогательной школы при изучении темы «Семья» педагог с помощью картинки и рассказа уточнил понятие о семье. На следующем уроке одному из детей была показана картинка с изображением овощей и было предложено назвать все показанные предметы одним словом («овощи»). После длительного рассматривания всех картинок с изображением овощей

ребенок назвал их словом «семья», инертно воспроизведя привычную, закрепленную связь. В другом случае девочке было предложено описать картинку, на которой была изображена кошка. Она подробно рассказала, что у кошки есть лапы, хвост, уши, глаза, голова, нос и т. д. Затем девочку попросили описать картинку, на которой была изображена лакающая молоко кошка. Она снова повторила то же самое, что и при показе первой картинки. Точно так же девочка описала и ту картинку, на которой была изображена умывающаяся кошка.

Еще более отчетливо инертность раз установленной связи выявила себя во время следующего наблюдения. Через три недели после того, как девочке были показаны две картинки с изображением кошки (на первой изображено, как кошка смотрит на рыбу, а на другой изображена кошка и хвост от съеденной рыбы), ей было предложено рассказать, видела ли она собаку и что о ней знает. Ответ девочки поражал своей нелепостью, ибо она сказала, что собака ела рыбу; при повторном вопросе она ответила, что собака ела хвост. Характер ее ответа не оставляет сомнения в том, что девочка воспроизвела старую связь, возникшую при работе по картинкам с изображением кошки и рыбы. Подобная инертность раз образовавшихся связей — одна из наиболее типичных особенностей олигофренов и составляет одно из значительных затруднений при их обучении.

В связи с инертностью основных нервных процессов становятся понятными те большие трудности, которые возникают у этих детей при переходе к мыслительным задачам, решение которых требует изменения способа действия по сравнению с тем, которым они пользовались ранее.

Недостаточная подвижность нервных процессов обнаруживается особенно отчетливо при образовании более сложных связей, но может и не проявляться в конкретных видах деятельности ребенка.

Приведем пример:

Саша И., 13 лет, ученик III класса вспомогательной школы. Отцу и некоторым другим родственникам ставился диагноз «олигофрения». Мальчик от второй беременности. Роды в срок. Раннее развитие — с некоторой задержкой. С двух месяцев до 3½ лет ребенок находился в яслях. С 3-летнего возраста до шести лет посещал детский сад, где воспитатели обратили внимание на бедный запас слов, отсутствие интереса к сказке и непонимание ее содержания. Саша плохо включался в игру, не понимал смысла игры и потому был не в состоянии выполнять предложенной ему в игре роли.

С восьми лет мальчик пошел в школу, где вскоре возникли значительные затруднения в его обучении. Он с трудом запоминал буквы, испытывал большие затруднения при их написании, особенно плохо усваивал счет. Такие понятия, как «больше — меньше», «выше — ниже», «короче — длиннее», «старше — моложе», усваивались им с большим трудом. После двух лет обучения в I классе мальчик без достаточных знаний и навыков был переведен во II класс, где его несостоятельность в обучении выявилась со всей отчетливостью. Во II классе он совершенно не понимал хода решения задач, не улавливал смысла прочитанных рассказов. Из II класса Саша был переведен во вспомогательную школу.

По ф. ...
органов ...
Со ...
ская ...
При ...
ные ...
ного ...

Психическое ...
усваивает ...
для педагога ...
жительно ...
но, выполняет ...
ступных ...
дуть и ...
хорошо ...
мальчика ...
словарного ...
материала ...
дом оформляет ...
прочитанного ...
внутренние ...
заученное ...

Мальчику ...
здесь часто ...
Большие ...
Недоразвитие ...
является ...
по отвлеченному ...
«животные» ...
изглядную ...
вместе ...
тут в ...
вместе ...
цветок ...
ко ...
расти

Клиническое ...
рушение ...
четко ...
сложных ...
Данные ...
ная ...
мозга ...
познавательной ...
симметрии ...
отца ...
допустить ...
Качественное ...
случае ...
ской ...
В ...
глубоко ...
в ...
о ...

Качественное ...
характер ...
Педагог, ...

По физическому развитию соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается.

Со стороны нервной системы отмечается легкая остаточная неврологическая симптоматика с преобладанием правосторонней.

При исследовании электрической активности мозга обнаружены медленные патологические волны, указывающие на наличие нарушений в коре головного мозга.

Психическое состояние. Мальчик спокоен, контактен, вполне усваивает правила поведения в школе и никаких трудностей в этом отношении для педагога не представляет. Он является организатором коллектива и положительно влияет на других детей. К школьным заданиям относится ответственно, выполняет их с интересом, пунктуально и аккуратно. При выполнении доступных заданий устойчив, целенаправлен, работоспособен; сам умеет находить и исправлять свои ошибки. Моторика мальчика грубо не нарушена. Он хорошо выполняет все заданные движения по словесной инструкции. Речь мальчика чистая, грамматически правильная, однако она бедна в отношении словарного запаса, и даже в тех случаях, где Саше при наличии наглядного материала удается установить нужную смысловую связь, он с большим трудом оформляет ее в речи. Мальчик читает бегло, но не всегда понимает смысл прочитанного им рассказа, особенно в тех случаях, где нужно установить внутренние связи и отношения. В письме наблюдается неумение применить заученное грамматическое правило.

Мальчику доступно понимание решения арифметического примера, но и здесь часто обнаруживается инертность его психических процессов. Особенно большие трудности он испытывает при решении арифметических задач.

Недоразвитие способности к отвлечению и обобщению особенно четко выявляется при классификации картинок. Он не может объединить картинки по отвлеченному логическому основанию (например, в категории «мебель», «животные» и т. д.), но объединяет их лишь потому, что они входят в одну наглядную ситуацию. Так, картинки с изображением овощей объединяются им вместе только потому, что они растут на огороде, а фрукты потому, что растут в саду. Он объединяет картинки с изображением утки, барана и свиньи вместе только потому, что они водятся во дворе; картинку, изображающую цветок в банке, он кладет вместе с картинкой, изображающей табуретку, только потому, что цветок нельзя поставить на окно, ему там мало места, чтобы расти.

Клиническое заключение. В приведенном случае отмечается нарушение развития с самого раннего детства. В школьном возрасте особенно четко проявляется ведущий симптом олигофрении — недоразвитие наиболее сложных форм познавательной деятельности.

Данные анамнеза и неврологического исследования (остаточная рассеянная неврологическая симптоматика), исследование электрической активности мозга (наличие медленных патологических волн), недоразвитие сложных форм познавательной деятельности, легкая неврологическая симптоматика типа асимметрии в сочетании с генеалогией, где есть четкие указания на то, что у отца и ряда других родственников имеется диагноз «олигофрения», позволяют допустить наследственную форму врожденного слабоумия.

Качественное своеобразие структуры дефекта определяется в описанном случае преимущественным недоразвитием наиболее сложных форм психической деятельности.

В данной клинической картине отсутствуют симптомы, указывающие на грубое нарушение того или иного анализатора; здесь нет и грубых нарушений в соотношении основных нервных процессов. Все это дает основание говорить о неосложненной форме олигофрении.

Качественное своеобразие структуры дефекта определяет и характер коррекционно-воспитательной работы с этими детьми. Педагог, опираясь на положительные особенности этих детей

(относительная сохранность поведения, работоспособность), направляет внимание на развитие их речи и мышления.

В процессе работы с этими детьми необходимо постоянно разъяснять им значения слов, отвлекать от старых, косных связей, стимулировать образование новых связей, учить использовать новые впечатления. Правильно организованная педагогическая работа приводит к тому, что они становятся успевающими учениками вспомогательной школы.

От только что описанной формы олигофрении отличается вторая форма. Если у олигофренов, относящихся к первой форме, основной дефект — недоразвитие сложных форм познавательной деятельности — протекает на фоне достаточной уравновешенности основных нервных процессов (возбуждение и торможение), то у второй группы олигофренов это не имеет места. Недостаточность сложных форм познавательной деятельности протекает у этих детей на фоне грубого нарушения общего поведения. Некоторые из них бывают легко возбудимы, двигательно расторможены, раздражительны, легко отвлекаемы; другие, наоборот, вялы, быстро истощаемы, неактивны. Однако у всех олигофренов данной группы недоразвитие сложных форм познавательной деятельности протекает на фоне заметных нарушений равновесия основных нервных процессов — возбуждения и торможения. Частичные нарушения в функции отдельных анализаторов также отсутствуют.

В отличие от олигофренов первой группы у этих детей с самого раннего детства отмечается ряд особенностей развития: они плаксивы, раздражительны, обычно плохо спят; в дошкольном возрасте шумливы, болтливы, развязны в обращении с окружающими, раздражительны и капризны. Они не могут организовать себя в игровой деятельности. До поступления во вспомогательную школу нередко обучаются безуспешно год, а иногда и два в массовой школе. В условиях большого детского коллектива еще больше нарастает их общее беспокойство и расторможенность.

При исследовании соматического состояния этих детей, наряду с некоторой диспластичностью в строении скелета и черепа, отмечается расширение венозной сети сосудов под кожей лба, висков, приступообразные головные боли, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Рентгеноскопические исследования детей, которых мы относим ко второй форме олигофрении, обнаружили у большинства из них следующие симптомы: шарообразность и увеличение черепа с резкими пальцевыми вдавлениями в рельефе костей свода; усиление теней пахионовых грануляций, вен диплоэ и венозных синусов. Все эти симптомы свидетельствуют о том, что рано перенесенный воспалительный процесс вызвал существенные нарушения ликвородинамики и привел к повышению внутричерепного давления, вызвав гидроцефально-гипертензионный синдром.

При исследовании нервной системы этих детей, наряду с симптомами, характерными для всякой олигофрении (наличие остаточной двусторонней диффузной неврологической симптоматики), часто отмечается некоторая характерная нестойкость симптомов, значительная истощаемость рефлексов и т. д. Результаты исследований дают, следовательно, основание предполагать, что в основе второй формы олигофрении лежит диффузное поражение коры полушарий головного мозга, осложненное остаточной гидроцефалией.

Своеобразие структуры дефекта у этих детей в виде повышенной возбудимости, общей раздражительности или повышенной вялости проявляется и в особенностях их моторики, поведения, познавательной деятельности.

В отличие от описанной выше формы олигофрении у детей данной формы обнаруживается своеобразная недостаточность в организации движений.

Моторное поведение многих из этих детей производит впечатление крайней дезорганизованности. Они редко сидят спокойно в классе, обычно поворачиваются во все стороны, бесцельно машут руками, задевают соседей, перебирают вещи на парте, роются в своем портфеле; натолкнувшись на завтрак, могут тут же начать его есть. Наличие лишних движений указывает на ослабленную тормозящую и регулирующую деятельность коры полушарий головного мозга.

По особенностям поведения эти дети выделяются своей неорганизованностью и импульсивностью. Они без задержек и часто преждевременно реагируют на все происходящее вокруг них. Поведение таких детей резко меняется в зависимости от обстановки, в которой они находятся. Они более организованы при индивидуальных занятиях или же в привычных для них условиях и легко возбуждаются при всяком изменении обстановки. Особенно же характерно для этих детей нарушение работоспособности. Оно проявляется при выполнении любого из заданий.

Уже при таком относительно легком для них задании, как складывание пирамидки, обнаруживаются все их особенности: такой ребенок приступает к заданию быстро, необдуманно, импульсивно, без предварительного анализа, в силу чего не улавливает принципа выполнения задания и не справляется с ним.

У этих детей не обнаруживается грубых нарушений зрительных восприятий: они могут правильно узнать изображение предмета на картинке не только в прямом, но и в перевернутом и даже контурном изображении и вместе с тем часто соскальзывают с правильного узнавания и дают неверные, нелепые ответы.

При данной форме олигофрении дети обычно хорошо ориентируются в пространстве; у них есть понятия «правое» и «левое». Они могут выполнить ряд заданий по подражанию, наряду с правильными ответами часто дают и нелепые ответы. Грубых нарушений речи у них нет. Они понимают обращенную к ним

речь, могут повторить трудную для произношения фразу, не обнаруживая нарушения фонематического слуха.

В процессе обучения грамоте с особой четкостью выявляются их качественные своеобразия. Выученные буквы ими легко забываются; в процессе чтения они могут соединить начало одного слова с концом другого или прочитать по складам целое слово, а при повторении его часто оказываются в состоянии удержать только один слог. При чтении могут пропускать слова, строки или же прочитывать слова не в должной последовательности, отчего их чтение часто носит беспорядочный характер.

В письме под диктовку, а также и при списывании пропускают слова, буквы, слоги, удваивают буквы, слоги или же перемещают элементы из конца слова или фразы в начало. У этих детей отмечается неравномерность в работе: после правильно написанного предложения отмечаются ошибки в том же предложении, написанном в другой раз; наряду с диктантом, где почти нет ошибок, может встретиться диктант с обилием разнообразных ошибок.

У детей, страдающих второй формой олигофрении, как и при всякой олигофрении, возникают большие трудности при обучении счету. Они долго не овладевают знанием числового ряда, не могут заполнять пропущенное место в числовом ряду, не соотносят цифры с числом предметов.

Характерным для них является тенденция давать необдуманные, случайные, быстрые, импульсивные ответы; при этом чаще всего они воспроизводят стереотипно натуральный числовой ряд. Эти дети при решении арифметических задач действуют импульсивно, не обдумывают сущности задачи, а начинают нередко производить совершенно случайные, не относящиеся к задаче арифметические действия с числами, входящими в условие задачи.

При исследовании понимания сюжетных картин или текстов, умения классифицировать предметы проявляют все ту же неорганизованность, все то же неумение на чем-либо сосредоточиться. Расширенный объем материала затрудняет решение поставленной перед ними задачи.

С очень большими нарушениями протекает у этих детей процесс классификации предметов или картинок. Возникает обилие побочных ассоциаций, каждая из которых уводит в сторону от решения поставленной перед ними задачи.

В тех случаях, когда такие дефекты особенно резко выражены, отмечается плохое усвоение и закрепление программного материала и быстрое его забывание.

Таким образом, при второй форме олигофрении наблюдается резкое нарушение работоспособности. Патологической основой этого симптома является нарушение нормального взаимодействия между тормозным и возбуждательным процессами; при этом возбуждение преобладает над торможением.

Приведем пример:

Игорь К., 12 лет, ученик III класса вспомогательной школы.

При поступлении в школу отмечались плохая успеваемость, двигательное беспокойство, раздражительность, приступообразные головные боли.

Ребенок от первой беременности, которая протекала в тяжелых условиях, родился недоношенным. С самого раннего детства отмечается значительная задержка в развитии. Первые слова стал произносить только к трем годам. С раннего детства мальчик двигательнo беспокоен, криклив, плаксив, спал плохо. В дошкольном возрасте становится еще более беспокойным. С детьми играть не умеет, обижает маленьких, отнимает у них игрушки.

Импульсивен, груб, развязен.

Мальчик труден в воспитательном отношении.

По физическому развитию отстает от возраста, череп гидроцефальный (окружность 54 см).

Со стороны нервной системы — остаточное явление двустороннего органического поражения мозга, преимущественно левого полушария, о чем свидетельствует легкое снижение силы в правых конечностях, сглаженность правой носо-губной складки, отклонение языка влево, грубое денерваторное нарушение тонуса с элементами зубчатки; оживление сухожильных рефлексов с симптомами Оппенгейма и Бабинского.

Исследование электрической активности мозга указывает на наличие патологических медленных волн низкой амплитуды во всех областях коры.

Глазное дно — без отклонения от нормы.

Психическое состояние. Игорь начал обучаться в массовой школе с 7-летнего возраста. В течение года пребывания в школе он не овладел элементами грамоты, у него проявился ряд патологических особенностей в поведении. Из характеристики педагога массовой школы видно, что Игорь во время занятий в классе ни минуты не оставался спокойным. Он доставал бумажки, резиночки, железки, играл с этими предметами, гримасничал, задевал соседей, вскакивал с места, расхаживал по классу, выходил из класса, выкрикивал отдельные слова. Во время перемены становился еще более беспокойным.

Все эти трудности выявились на первом этапе обучения мальчика во вспомогательной школе.

Исследование мальчика на этом (первоначальном) этапе выявило крайне ограниченный запас сведений и навыков. Он знал всего несколько букв и то нетвердо, владел прямым счетом до 20, понятие о числе отсутствовало.

Исследование мальчика обнаружило отсутствие грубых нарушений в пределах отдельных анализаторов и, наряду с этим, выявило частое соскальзывание с данного ему задания: легкую отвлекаемость, реакцию на случайный раздражитель.

Игорь хорошо узнает предметы на картинках в прямом и обратном изображении: может узнать пунктирный рисунок, перевернутое изображение предмета; в силу большой отвлекаемости может допустить ряд ошибок при выполнении сравнительно легких заданий. При исследовании праксиса позы может правильно выполнить ряд заданий и даже хорошо переключаться с одной позы руки на другую; вместе с тем легко теряет данное ему задание и переходит на какую-либо иную деятельность.

Подробное логопедическое исследование обнаружило полное понимание обиходной речи; отмечались некоторые затруднения при необходимости найти нужное слово в процессе активной речи, но и этот симптом носит неустойчивый характер. Словарь бедный, фразы строит с трудом. Произношение слегка косноязычное (шипящие смешиваются со свистящими).

В процессе обучения письму педагог не отмечал особых затруднений, однако ошибки Игоря очень характерны. В письме мальчика отмечается пропуск отдельных букв, чаще гласных, например, «мумга» (бумага), «пирамика» (пирамида). Фразу «Я живу дома» он записывает так: «Яа жу дома». Вместо «Олег пилил дрова» он пишет «Олг пилпл»; он пишет «ходт» вместо «ходит»,

«мучт» вместо «мычит», «Бурека» вместо «Буренка». Отмечаются персеверации. Например, вместо слова «Ваня» он пишет «Ваая», «дрова» — «дрооова». Иногда удваивает слова при списывании или делает перестановки букв. Например, вместо «мяч» он пишет «мчя», вместо «слов» — «слово» и т. д.

Сложение и вычитание в пределах первого десятка Игорь производит без конкретного материала, но наряду с правильными ответами дает быстрые необдуманные случайные ответы по типу автоматического воспроизведения числового ряда. Та же неорганизованность в работе, неумение удержаться в рамках задания отмечаются и при решении им арифметических задач.

Мальчику была дана следующая задача: «Валя купила 8 яблок, а Таня на 7 яблок больше. Сколько яблок купили Валя и Таня вместе?» Не дослушав условия задачи до конца, он приступил к ее решению. Ответ был импульсивный, необдуманный: «7 яблок». Как видно, он не устанавливает нужных смысловых связей и заменяет решение импульсивным перенесением элемента условия в ответ. Если педагог затормаживал импульсивные реакции мальчика (останавливал, предлагал не торопиться), задача решалась правильно. С прекращением этой помощи у мальчика снова появлялась импульсивность.

Соскальзывание с данного задания, невозможность затормозить побочные ассоциации, крайнее убыстрение темпа деятельности, приводящее к ошибочному решению, — все это показывает, что в основе трудностей, обнаруживаемых в приведенном случае, лежит слабость процесса коркового торможения.

Аналогичные дефекты, связанные с невозможностью затормозить легко возникающие побочные ассоциации и проявляющиеся в импульсивном, фрагментарном выполнении заданий, можно было видеть и в процессе выполнения ребенком и других интеллектуальных операций.

Клиническое заключение. Все приведенные данные, а именно: нарушение развития с раннего детства, явные затруднения в обучении мальчика, значительное недоразвитие его мышления и личности в целом дают все основания для постановки диагноза «олигофрения». Диагноз подтверждается данными неврологического исследования (остаточная неврологическая симптоматика) и данными электроэнцефалографического исследования (разлитая патология мозга с распространением медленных волн низкой амплитуды во всех областях коры).

Качественное своеобразие структуры дефекта определяется в данном случае тем, что ведущим симптомом в подобных случаях, наряду с недоразвитием высших форм познавательной деятельности, является нарушение соотношения основных нервных процессов в сторону преобладания возбуждения при явном дефекте тормозных процессов. Выраженные частные нарушения в пределах того или иного анализатора отсутствуют.

К третьей группе детей следует отнести тех олигофренов, у которых нарушение баланса между основными нервными процессами характеризуется преобладанием тормозного процесса над возбуждательным. Эти дети также сохраняют общую для всех олигофренов черту в виде недоразвития способности к отвлечению и обобщению. Специфической симптоматикой для них является вялость, пассивность. Эти черты обычно отмечаются у них с самого раннего детства.

Уже в дошкольном возрасте отчетливо проявляется их недостаточность: они не умеют играть с детьми, боятся незнакомых детей и взрослых; предоставленные самим себе, они чаще бывают вялы, пассивны, сонливы. Обучение их в школе оказывается крайне затрудненным в силу сочетания общей интеллектуальной недостаточности с вялостью.

При исследовании нервной системы этих детей, наряду с симптомами, характерными для всякой олигофрении, также от-

мечается ряд симптомов, указывающих на нарушение циркуляции спинномозговой жидкости в виде нестойких и непостоянных патологических рефлексов, приступообразных головных болей; ряд симптомов (общая заторможенность движений, замедленность, вялый разлитой дермографизм) указывает на преобладание тормозного процесса.

Своеобразие структуры дефекта в виде общей заторможенности проявляется как в особенностях их поведения, так и в моторике. Такие дети не обращаются с вопросами к педагогу, никогда активно не пытаются дать ответ на вопрос, предлагаемый всему классу, хотя могут правильно на него ответить. Во всякую деятельность они включаются лишь после того, как педагог два-три раза повторит инструкцию и дополнительно стимулирует ребенка в процессе ее выполнения. Особенно отчетливо эти особенности проявляются в моторике.

Привычная осанка — несколько сгорблены, голова опущена; позы и движения бедны, однообразны, статичны; мимика недифференцированная, бедная, однообразная; жесты связаны и нерешительны; при ходьбе и беге отсутствуют содружественные движения рук; темп движений медленный и постепенно все больше и больше замедляющийся. Если предоставить такому ребенку самому выполнить какое-нибудь действие с мелкими предметами, то темп движений постепенно замедляется, движения слабеют, сужаются по размаху, как бы затухают и совсем прекращаются.

У этих детей отмечается резкое снижение работоспособности, но это носит обычно иной характер, чем у детей с преобладанием возбуждательного процесса.

На фоне общей вялости и заторможенности часто наступает особое состояние заторможенности, когда деятельность либо вовсе прекращается, либо оказывается значительно ниже уровня возможностей ребенка. У этих детей также не отмечается нарушений зрительного или слухового анализа и синтеза. Но в любых случаях они могут, наряду с правильными ответами при узнавании изображения предметов на картинке, давать нелепые ответы либо вовсе не реагировать на нее.

В процессе обучения грамоте особенно ярко выявляется нарушение работоспособности за счет описанных выше особых состояний. Выученные буквы могут очень легко забываться. Качество письменных работ крайне неустойчиво. В состоянии заторможенности значительно возрастает количество ошибок как в диктантах, так и при списывании. Ошибки носят разнообразный характер. Такие дети могут начать писать предложение с маленькой буквы, хотя соответствующее правило им хорошо известно и уже неоднократно ими применялось; в их письме отмечаются пропуски слов, слогов, букв, перестановки элементов слова или фразы.

Эти состояния постепенно нарастающей заторможенности имеют свою динамику. Так, если проследить весь процесс выпол-

нения письменного задания, то можно увидеть, что в письме вначале отмечаются пропуски, недописки, затем возникают ошибки, связанные с незначительным ослаблением фонематического анализа, в связи с чем дети допускают ряд несвойственных им в обычном состоянии ошибок; далее появляются персеверации, перестановки; нередко выполнение письменного задания прекращается на каком-то его этапе. Однако после паузы в 3—5 минут такой ребенок может продолжить работу и совершенно правильно выполнить все задание.

При исследовании познавательной деятельности у всех детей так же, как и у остальных олигофренов, отмечается ряд общих симптомов, характерных для всякой олигофрении; специфическими для детей данной формы олигофрении является лишь замедленность и временами наступающее полное прекращение деятельности.

Исследование высшей нервной деятельности у этой группы детей показало, что динамика нервных процессов имеет у них ряд существенных особенностей. Прежде всего отмечается большая инертность процесса торможения, чем возбуждения, при его относительном преобладании. Процесс возбуждения ослаблен, что проявляется в тенденции к падению величины реакции при устранении подкрепления и к быстрому истощению активных нервных процессов.

Состояния длительной неработоспособности могут быть объяснены тем, что процесс торможения имеет тенденцию к иррадиации, благодаря чему и может возникать последовательное торможение.

Приведем пример:

Юра Б., ученик III класса вспомогательной школы.

Мальчик поступил в школу с жалобами на вялость, пассивность, общее снижение развития.

Юра от второй беременности, которая протекала нормально. Ребенок родился в асфиксии. В грудном возрасте мальчик был вялым, но развитие его до года протекало без резко выраженной задержки.

На втором году жизни Юра заболел тяжелой формой диспепсии. Заболевание длилось около двух лет и привело к резко выраженным дистрофическим явлениям (сморщенная, старческая кожа, выпадение прямой кишки): после заболевания отмечалось значительное нарушение развития.

Ходить начал на четвертом году жизни; отдельные слова произносил к четырем годам, фразы — к пяти годам. После заболевания мальчик стал еще более вялым, пассивным, не проявлял ни к чему интереса. С детьми не играл, боялся незнакомых взрослых.

В яслях был вялым и малоразвитым. В дошкольном возрасте Юра воспитывался дома, был сонливым, вялым, пассивным. В 9 лет была сделана попытка начать обучение мальчика в массовой школе, откуда он был выведен как необучаемый через два месяца.

В школьном возрасте мальчик оставался молчаливым, стеснительным, сонливым. В домашних условиях был послушным, выполнял все поручения не только взрослых, но и детей младшего возраста.

В 9½ лет Юра начал обучаться в имбецильном классе вспомогательной школы, откуда через год был переведен в I класс этой же школы.

По физическому развитию мальчик соответствует по возрасту. Череп деформирован, бугристый, гидроцефальный.

Со стороны внутренних органов отклонения от нормы не отмечается. У мальчика наблюдаются приступы головных болей, которые нередко сопровождаются тошнотой, рвотой и головокружением.

Нервная система. При исследовании обнаружена остаточная неврологическая симптоматика, более отчетливо выраженная справа; легкая гипотония мышц, вялые движения, нестойкие двусторонние патологические рефлексы. Выраженная вазомоторная неустойчивость, цианоз кистей рук, дермографизм замедленный, вялый, разлитой.

У мальчика близорукость с астигматизмом. На глазном дне широкие вены.

Слух мальчика нормальный.

При исследовании электрической активности мозга в передних областях мозга преобладают медленные волны и наблюдается быстрое колебание потенциалов; есть ряд симптомов, указывающих на легкость перехода корковых нейронов в тормозное состояние.

Психическое состояние. Основное, что определяет индивидуальные особенности мальчика, — это вялость, замедленность, заторможенность, в силу чего Юра молчалив, стеснителен, замкнут, очень болезненно реагирует на ситуацию, на успех и неуспех. Сам он с вопросом к педагогу не обращается, почти не поднимает руки, хотя на вопросы отвечает правильно.

Юра с большим трудом включается во всякое действие и часто пребывает как бы в полудремотном состоянии. На уроках он остается вялым, безучастным. При предъявлении ему задания выполнить ряд последовательных действий не схватывает нужной последовательности движений, а производит их отрывочно, без связи, с пропуском отдельных элементов.

В процессе школьных занятий Юра требует постоянной дополнительной стимуляции, в противном случае он перестает выполнять задание.

На фоне общей вялости у мальчика наблюдались характерные для него состояния заторможенности, когда его деятельность нарушалась либо вовсе прекращалась. Так, выучив хорошо все буквы, он временами забывал их; при письме и списывании у Юры часто появляются несвойственные ему в обычном состоянии ошибки. При списывании с доски пишет «червег» вместо «четверг», «санза» вместо «солнце», «грет» вместо «греет» и т. д. Именно в этом состоянии он часто удваивает буквы и пишет «очи-очи-щай» вместо «очищай», нередко недописывает слова.

В те дни и часы, когда состояние заторможенности не возникает, Юра может написать диктант и упражнение без единой ошибки. В обычном состоянии Юра может безошибочно выполнить ряд примеров на сложение и вычитание в пределах ста с переходом через десяток. При состоянии заторможенности допускает ряд ошибок. Эти наступающие состояния заторможенности очень мешают Юре при передаче прочитанного и необходимости осмыслить сюжетные картинки.

Юра хорошо понимает обращенную к нему речь, но собственная речь его бедна в отношении словарного запаса. Слова он иногда искажает и слегка заикается.

В процессе обучения недостаточность познавательной деятельности проявляется в затруднениях, которые мальчик испытывает при решении арифметических задач и необходимости понять смысл рассказа.

Это же выявляется при выполнении задания по классификации картинок, ведущими в его мышлении оказываются здесь конкретные, наглядные связи. Даже в том случае, когда он объединял предложенные ему картинки с изображением отдельных предметов по категориальному признаку, речевой отчет обнаружил, что мальчик при этом не имел в виду существенных признаков предмета и не исходил из подлинного понятия, а скорее имел в виду тот факт, что эти вещи включаются в одну наглядную ситуацию.

Вялость, заторможенность, особые тормозные состояния, при которых резко нарушается деятельность мальчика, — все это дает основание предполагать наличие нарушения соотношения между основными нервными процессами с преобладанием процесса торможения.

Исследование высшей нервной деятельности мальчика вскрыло те патофизиологические механизмы, которые лежат в основе полученных клинических данных.

Экспериментальные факты обнаружили слабость процесса возбуждения, значительную истощаемость нервных процессов и признаки явного преобладания торможения над процессами возбуждения.

Клиническое заключение. Недоразвитие у мальчика сложных форм психической деятельности, возникшее в результате раннего органического поражения центральной нервной системы, дает основание диагностировать данный случай как олигофрению.

Однако качественное своеобразие структуры дефекта определяется в данном случае не только недоразвитием способности к отвлечению и обобщению, но и нарушением равновесия между возбуждением и торможением, которое проявлялось в преобладании тормозного процесса над процессом возбуждения. Это преобладание тормозного процесса и определяет своеобразие развития исследуемого ребенка.

* *
*

Коррекционно-воспитательная работа с детьми, у которых преобладает возбужденное состояние, строится таким образом, что педагог в первую очередь использует все педагогические приемы, которые направлены на организацию поведения таких детей, на выработку тормозных реакций. Детей же с преобладанием тормозного состояния, наоборот, педагог стимулирует в процессе деятельности, подбадривает.

Для только что описанных групп детей-олигофренов, явно отличающихся друг от друга, характерно, однако, то, что личность этих детей не была грубо нарушена. Они прислушивались к указаниям педагога, сохраняли нужное отношение к учителю, никогда не теряли тех форм поведения, которые характеризуют отношение ребенка к взрослому. Дети, относящиеся ко второй и третьей группам, могли отвлекаться, терять данное им задание, обнаруживая заметное нарушение работоспособности; однако они обычно хорошо понимали свои проступки и иногда эмоционально реагировали на свои неудачи, на замечания учителя. Эти дети-олигофрены чрезмерно возбудимы или легко тормозимы. Однако им не присуще грубое нарушение развития личности.

В этом отношении от только что описанных групп детей отличаются дети, относящиеся к четвертой форме олигофрении.

Эта форма олигофрении характеризуется сочетанием поверхностного поражения коры головного мозга с поражением передних отделов коры полушарий головного мозга. В клинической картине этому соответствует недоразвитие познавательной деятельности в сочетании с грубым недоразвитием личности.

Уже в раннем детстве у детей, которые относятся к четвертой форме олигофрении, отмечается недоразвитие двигательной сфе-

ры. Наряду со своеобразным нарушением моторики с раннего детства отмечается снижение эмоциональной стороны личности. Они долго остаются вялыми, бездеятельными, пассивными, автоматически подчиняемыми. Указанные особенности обычно сочетаются с хорошо развитой произносительной стороной речи.

Помещение таких детей в детский сад сразу выявляет недоразвитие их поведения: они не могут играть с детьми, не интересуются игрой, не знают зачастую, как подойти к предмету. Предоставленные самим себе, они чаще бывают вялыми и бездеятельными. В школьном возрасте, когда требования к ребенку возрастают, особенно ярко обнаруживаются их недоразвитие и дефекты поведения.

По физическому развитию олигофрены этой группы значительно отличаются от вышеописанных трех групп детей. У относящихся к четвертой группе детей более отчетливо выявляется общая диспластичность, наличие нарушений желез внутренней секреции, грубое нарушение моторики.

Неврологическое исследование указывает на поражение передних двигательных отделов коры и стволовой части мозга.

О нарушении стволовой части мозга говорит наличие глазодвигательных расстройств.

Моторика детей при этой форме олигофрении характеризуется бедностью. Отмечается склонность к подражательности. Усвоенные таким образом движения часто употребляются неадекватно ситуации. Наблюдается резкое нарушение походки; эти дети очень неуклюжи, часто падают и спотыкаются.

Двигательная сфера, как уже сказано, оказывается у этих детей сильно недоразвитой.

Особенно беспомощны руки, в силу чего дети часто не могут обслуживать себя, не умеют обращаться с предметами, игрушками. Многие дети, достигнув школьного возраста, не могут выполнить движений, доступных уже ребенку старшего ясельного возраста, например, попрыгать галопом, похлопать в ладоши. Они совершенно беспомощны на занятиях по ритмике; плохо ориентируются в окружающем, не умеют двигаться в соответствии с правилами игры.

Речь этой группы олигофренов имеет специфические особенности. Они могут с легкостью повторить самую трудную фразу, не обнаруживая никаких нарушений фонематического слуха. Однако при богатом запасе слов, оборотов речи, правильном построении фраз речь этих детей только внешне «богатая», так как по существу в речи ребенок не выражает своих мыслей, переживаний, а повторяет стереотипно, что слышит от окружающих. Несмотря на богатый запас слов и известное многообразие речевых форм, они затрудняются в передаче прочитанного рассказа и обычно повторяют его лишь текстуально. Особенно отчетливо проявляется структура дефекта в конкретных видах деятельности.

Нарушение моторики и бедность собственного опыта приводят к тому, что дети не умеют действовать с предметами.

Речь не планирует действия таких детей, не организует их, а часто отрывается, отщепляется от действия, становится пустой, бессодержательной. Наличие наглядного, конкретного материала не побуждает их к деятельности; материал не организует их прошлого опыта, а вызывает ряд побочных словесных ассоциаций, оторванных от конкретной деятельности. Здесь выступают, следовательно, нарушения регулирующей функции речи.

Поведение детей четвертой формы олигофрении особенно патологично и своеобразно. У них нет критического отношения к ситуации, и поэтому они не осознают себя учениками. У них не возникает критического отношения к оценке педагога и тем более способности критически оценить свою собственную работу. Им часто чуждо чувство страха, стеснения, смущения; они не обижаются на других, так как не понимают отношения к себе окружающих. В поведении они автоматически подчинены, часто подражают кому-нибудь из взрослых.

Все это и дает основание говорить об этой группе детей как об олигофрениках с грубым нарушением развития личности.

Очень возможно, что основой такой картины является недоразвитие функций лобных долей мозга и возникшее в связи с этим нарушение сложной системы произвольных движений и регулирующей функции речи.

Приведем пример:

Вова 3., 15 лет, ученик IV класса вспомогательной школы.

Ребенок от первой беременности, которая протекала тяжело (у матери во время беременности были повторные кровотечения и обморочные состояния). Мальчик родился в глубокой асфиксии, плохо сосал, почти не кричал. Развитие в раннем детстве протекало с задержкой, ходить начал около двух лет, но ходил неуверенно, падал и спотыкался, особенно плохо развивались руки.

В пятилетнем возрасте мальчик был помещен в детский сад, где сразу выявилась его неполноценность: он плохо двигался, был крайне неуклюж, плохо бегал, не умел играть с детьми, не принимал участия в детских играх, не тянулся к игрушкам. Все поведение мальчика определялось тем, что он подражал кому-нибудь из окружающих его взрослых.

В 8 лет Вова начал посещать школу и через 3 месяца был переведен во вспомогательную школу.

По физическому развитию отстает от возраста; телосложение с выраженными диспластическими чертами строения скелета и особенно черепа. Череп его микроцефальный, окружность 46,5 см. Со стороны внутренних органов грубых отклонений от нормы не замечается.

Исследование нервной системы указывает на ряд грубых нарушений. Глазные яблоки экзофтальмизированы. Отмечается незначительно расходящееся косоглазие; при конвергенции отводит правый глаз. При крайних положениях глазных яблок отмечается нистагм. Лицо асимметрично, правый угол рта несколько опущен. У больного неправильный прикус. Слегка выдающаяся нижняя челюсть. Легкий правосторонний гемисиндром и легкий парез левой руки указывает на двустороннее поражение двигательной области. Отмечаются резкие денерваторные нарушения, амимия лица, общая скованность движений.

Исследование биотоков мозга обнаружило общемозговое функциональное изменение электрической активности коры с явлением ирритации, более выраженным в передних отделах полушарий.

Психическое состояние. Моторика мальчика характеризуется своеобразной заторможенностью. У него много лишних движений рук и корпуса.

Руки особенно вялые, слабые, движения рук крайне неловкие; в кистях нет эластичности, поэтому он часто перенапрягает руки, сжимая предмет, или не может хорошо охватить его рукой и удержать.

В организованных занятиях по ритмике еще более отчетливо выступают грубые моторные нарушения. Он не может по показу выполнить нужное движение или же часто продолжает по инерции уже давно законченное движение.

Речь Вовы, внешне «богатая», по существу является бессмысленным стереотипным воспроизведением ряда фраз, выражений, услышанных от взрослых. Мальчик не понимает ситуации и не умеет критически оценить свои поступки и отношение к нему окружающих. Он не понимает насмешек детей.

В поведении Вова чаще кому-нибудь подражает. В школе он подражает педагогу и читает детям нотации, воспроизводя слова и жесты учителя.

Первое время, придя в школу, мальчик спешил рассказать какую-нибудь новость, дословно, с соответствующими жестами и интонацией передавая разговоры домашних и подражая кому-нибудь из них.

Обучение давалось мальчику с большим трудом. У него долго не формировалось представление о совокупности предметов, он не мог научиться соотносить предмет и число. Значительно легче овладел процессом чтения. При обучении письму выявились резкие затруднения в связи с его моторными нарушениями. Вова не умел держать карандаш, ручку. Руки его как бы совершенно не слушались. Во время письма он опирался на запястье или на ребро кисти, локоть прижимал к корпусу.

Постепенно, с трудом Вова стал продвигаться в обучении, оставаясь слабоуспевающим учеником вспомогательной школы.

Во время школьных занятий отчетливо выявились его вялость, бездеятельность, безразличие; он выполнял школьные задания только в том случае, если педагог побуждал его к деятельности; в противном случае он, сидя в классе, мог оставаться совершенно безучастным к окружающему. Лишь дополнительные занятия с мальчиком давали ему возможность отчасти усвоить программный материал.

Нарушение моторики и общего поведения у Вовы выявляется во всех конкретных видах деятельности. Например, при складывании картинок из кубиков он беспомощно разглядывает их и не знает, с чего начать. В процессе деятельности у него возникает ряд подобных, словесных ассоциаций, никак не связанных с характером его деятельности (он вспоминает о доме, о разных происшествиях в школе и т. д.).

Речь не планирует его действия, не организует поведения, а наоборот, часто не связана с действием.

Исследование познавательной деятельности мальчика обнаружило общую для всех олигофренов черту недоразвития способности к отвлечению и обобщению.

Клиническое заключение. Клинические и неврологические данные дают основание предполагать, что у Вовы имеется распространенное поражение коры головного мозга, но особенно отчетливо выявляется нарушение в лобной области и в стволовой части мозга. На ранних этапах развития это проявлялось в резком и своеобразном недоразвитии моторики в сочетании с эмоциональной вялостью.

Все указанное привело к тому, что развитие мальчика протекало в отрыве от конкретной деятельности; именно поэтому в его речи, моторике, поведении преобладало лишь подражание окружающим.

У ребенка не были выработаны прочные эмоциональные отношения к окружающему. Наблюдалось явное недоразвитие сложных форм активной предметной деятельности. Ребенок усваивал путем подражания сложный комплекс движений, готовые штампы речи и даже некоторые формы поведения. Однако

формирование этих подражательных форм деятельности не сопровождалось постоянной оценкой их самим ребенком; он производил те или иные движения пассивно, автоматически, никак не относясь к тому, что он делал, не контролируя свои действия или свою речь. Это и привело к грубому нарушению развития личности. У него резко задержалось формирование должного отношения к оценке, к ситуации, к себе, к своим возможностям, умение регулировать свое поведение, свою деятельность и т. п.

Для того чтобы ребенок действительно усвоил новые двигательные навыки и умения, необходимо, чтобы они отражались во второй сигнальной системе. Поскольку его речь оставалась оторванной от его действий и у него не было четкого осознания своих движений и действий и четкого отношения к ним, он не мог регулировать свою деятельность и осознать свое поведение в ситуации.

При данной форме олигофрении наряду с недоразвитием сложных форм познавательной деятельности наблюдается и недоразвитие специфических для человека форм активных проявлений, осознанного отношения к своему поведению и недоразвитие личности.

Для всех групп олигофренов, которые мы описывали до сих пор, была характерна одна общая черта: все они проявляли отчетливое недоразвитие сложных форм познавательной деятельности, но ни у одной из этих групп детей не было специальных, частных нарушений слуха и зрения; иначе говоря, анализаторы внешнего мира у них не имели какого-либо первичного нарушения. Поэтому речь этих детей оставалась обычно сохранной, и если многие из них проявляли признаки косноязычия, то это было потому, что общее недоразвитие высшей нервной деятельности ребенка нередко приводило к задержке естественного развития речевых процессов.

От описанных выше форм отличается п я т а я ф о р м а олигофрении, для которой характерен основной признак: наряду с недоразвитием сложных форм познавательной деятельности отмечаются частные нарушения слуха и слухо-речевой системы¹.

Эти нарушения связаны с тем, что первичное поражение мозга (воспалительный процесс, травма) наряду с диффузным поражением вызвало и очаговые поражения, нарушив нормальную работу тех или иных областей мозга. Очаговые поражения вызывали недоразвитие слуха и речи, а это особенно осложняло и без того нарушенное умственное развитие ребенка и создавало значительные затруднения при обучении. Нередко эти состояния у детей-олигофренов давали повод к ошибочному мнению о том,

¹ При пятой форме олигофрении наряду с недоразвитием сложных форм познавательной деятельности наблюдается поражение в пределах того или иного анализатора. Так, при сочетании умственной недостаточности с нарушением зрительной ориентации дети обучаются во вспомогательных классах школ слепых и слабовидящих. При сочетании с глухотой и тугоухостью дети направляются в специальные классы школ для детей с нарушениями слуха. В случае сочетания умственной отсталости с церебральными параличами дети направляются в специальные классы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

что они не могут обучаться даже в специальных классах вспомогательной школы.

При пятой форме олигофрении отмечается стойкая неврологическая симптоматика, в ряде случаев подкорковые нарушения (легкое нарушение тонуса, насильственные движения, гипомимия).

При общей диффузности поражения мозга в этих случаях ряд симптомов указывает на большее распространение процесса в левом полушарии.

У детей с пятой формой олигофрении отмечается недоразвитие общей моторики, недифференцированность, неловкость движений, обилие синкинезий. Нередко наблюдается явление апраксии губ, языка, в связи с чем у них недоразвиваются сложные координированные движения языка, губ, гортани, т. е. основы речевой артикуляции.

Уже с самого раннего детства речевой дефект является ведущим симптомом. Лепетная речь, малопонятная окружающим, появляется у этих детей к 4—5 годам. К 6—7 годам они искаженно могут произносить отдельные слова. Понимание речи окружающих часто также остается недостаточным.

Нарушение всех компонентов речи особенно ярко выявляется в процессе обучения этих детей грамоте.

Слова дети произносят искаженно, повторение многих звуков речи затруднено. При произношении того или иного звука они ищут правильную артикуляцию путем ряда пробных установочных движений. Некоторые из них открывают рот, пальцами проверяют положение языка, губ.

Установление точной связи между звуком и буквой очень затруднено. Естественно, и звуко-буквенный анализ оказывается им малодоступным. Вычленение первого звука в слове долго представляет для них значительные трудности.

Письмо даже простых слов протекает с глубокими дефектами. В письме пропускают гласные буквы и опираются лишь на опорные согласные звуки, путают сходные по звучанию фонемы. Таким образом, способность дифференцировать сложные звуковые комплексы оказывается существенно недоразвитой.

Экспериментальные исследования обнаружили у этих олигофренов нейродинамические нарушения в слухо-речевом и речедвигательном анализаторах. В пределах этих анализаторов отмечается особенно отчетливая инертность нервных процессов. В пределах зрительного анализатора связи вырабатываются быстро, оказываются достаточно стойкими; вместе с этим здесь отмечается значительно большая подвижность нервных процессов.

Воспроизведение системы связей по речевой инструкции оказывается крайне дефектно, и легко обнаруживается патологическая инертность раз усвоенного стереотипа, мешающая переключению артикуляций, необходимых для речи. Речевые связи плохо

удерживаются и легко деформируются. Следовательно, выраженное грубое нарушение речи выступает при пятой форме олигофрении на фоне общей интеллектуальной недостаточности.

Под организующим влиянием педагога могут быть контактными, приспособляются к самообслуживанию, охотно выполняют поручения. В отличие от детей третьей группы они тщательно выполняют доступные им задания, например производят складывание кубиков по картинкам.

Качественное своеобразие структуры дефекта этой формы олигофрении определяется недоразвитием всей высшей аналитико-синтетической деятельности в сочетании с очаговым изменением в слухо-речевом и речедвигательном анализаторах. Естественно, что нейродинамические нарушения при этом выявляются особенно отчетливо в пределах дефектных анализаторов.

Приведем пример:

Олег Г., 13½ лет, ученик III класса вспомогательной школы.

В жалобах при поступлении в школу отмечалось общее нарушение развития, и особенно грубое недоразвитие речи.

Мальчик родился от первой беременности, в глубокой асфиксии (природовая травма) и вскармливался искусственно. С первых месяцев жизни и до года болел диспепсией с последующей дистрофией.

Раннее развитие со значительной задержкой: зубы появились к трем годам, ходить начал на четвертом году жизни; с четырех лет стал издавать отдельные и нечленораздельные звуки. В ясельном возрасте был вялым и сонливым, в дошкольном возрасте вялость и сонливость сменились общим двигательным беспокойством.

В ясельном возрасте воспитывался дома; с 5 до 8 лет посещал детский сад, где играл преимущественно с детьми младшего возраста, общался с ними при помощи жестов. Обиходную речь окружающих понимал; собственная речь была лепетной, произносил несколько слов, чаще искажал их.

Пребывание мальчика в детском саду сыграло положительную роль в его развитии. Он стал рисовать домики, деревья, машины, быстро ориентироваться в картинках, узнавал цвета, хорошо стал делать вкладки по зрительному образцу, играть игрушками.

Букв не знал, считать не умел. Вместо слов произносил их первые слоги, многих звуков не выговаривал, фразы не строил. В этом состоянии он был принят в имбецильный класс вспомогательной школы.

Под организующим педагогическим воздействием Олег делает значительное продвижение в своем развитии, и через год его переводят в обычный класс вспомогательной школы, где он продолжает дальнейшее обучение.

Физическое состояние указывает на признаки дисплазии: микроцефалия, массивные конечности.

Нервная система. Парез центрального характера (преимущественно выраженный в правой руке) с повышением сухожильных рефлексов и патологическими знаками. Подкорковые нарушения (гипомимия, легкие изменения тонуса мышц, хореоформный гиперкинез).

Общая моторная недостаточность, обилие синкинезий. Легкие проявления апраксии рук и языка. Глазное дно в норме.

Психическое состояние. У мальчика отмечается выраженная двигательная недостаточность. Его движения недифференцированы.

На специальных занятиях по ритмике неуклюж, неловок, плохо выполняет самые элементарные задания.

Мимика лица вялая, однообразная.

При исследовании обнаружены апраксические нарушения и элементы апраксии языка.

В поведении упорядочен, вполне подчиняется требованиям школьной дисциплины. Школьными занятиями интересуется, но редко поднимает руку, стесняясь и опасаясь отвечать из-за речевых нарушений. Бережно относится к своим тетрадям, книгам, приспособлен к самообслуживанию, любит поручения и охотно их выполняет.

Всякое задание, где исключена речь, мальчик выполняет значительно лучше. Рисунки Олега элементарны и обнаруживают его общую интеллектуальную недостаточность, но вместе с тем рисунки относительно хорошо выполнены и имеют определенное, конкретное содержание.

Зрительное восприятие Олега не обнаруживает грубых отклонений от нормы.

Олег недостаточно четко понимает обращенную к нему речь, особенно при некотором ее усложнении. Когда, например, педагог предложил детям поставить кубики рядом, большинство детей класса легко выполнили это задание. Олег же беспомощно смотрел на педагога, не понимая его требований, и выполнил задание лишь после того, как педагог повторил его, сопровождая свою речь соответствующим жестом.

У мальчика недоразвита способность дифференцировать сложные звуковые комплексы, что очень затрудняло обучение его грамоте. Ему было трудно вычленить первый звук в слове или же подобрать слово на соответствующий звук.

Нарушена у Олега и произносительная сторона речи. Он затрудняется в произношении отдельных слов, особенно искажает слова при произнесении фразы.

Отмечаются грубые нарушения подвижности нервных процессов применительно к слуховому и речедвигательному анализаторам, что особенно отчетливо выявилось при выработке более тонких дифференцировок. Ритм и мелодию Олег не воспринимает.

Если на грубо различающиеся фонемы (*м — т, к — з*) у него удавалось выработать дифференцировки и они оказывались относительно стойкими, то на близкие оппозиционные фонемы дифференцировки вырабатывались с большим трудом.

Образованные системы связей по речевой инструкции были очень дефектны; именно в речевой деятельности особенно отчетливо выявляется патологическая инертность разработанного стереотипа.

Нарушение всех компонентов речи проявляется у Олега на фоне недоразвития всей аналитико-синтетической деятельности. Так, он не справился с задачей разложить в последовательности картинки; установление простейших смысловых связей вне речевого оформления оказалось ему недоступно.

Отчетливо выявилась недостаточность мышления мальчика и в опыте по классификации картинок, где он смог сгруппировать лишь идентичные предметы.

Недостаточность познавательной деятельности Олега проявляется в трудности овладения счетом (особенно при переходе к абстрактному счету), в непонимании смысла задач. С большим трудом Олег осмысливал элементарнейшие грамматические понятия и правила.

Клиническое заключение. Недоразвитие всей сложной аналитико-синтетической деятельности у мальчика дает основание диагностировать в данном случае олигофрению, в основе которой лежит диффузное поражение мозга в целом.

Качественное своеобразие в структуре дефекта в данном конкретном случае определяется тем, что на фоне общекорковой и подкорковой недостаточности отчетливо выявляется нарушение в слуховом и речедвигательном анализаторах. В организации деятельности и поведении мальчика большую роль сыграл тот факт, что Олег, несмотря на значительную дефектность своего состояния, находился в течение 3½ лет в детском саду, что бесспорно стимулировало его общее развитие.

Значительный скачок в развитии связан с его систематическим обучением в специальном классе вспомогательной школы при организованной логопедической работе с мальчиком.

Вся педагогическая работа с детьми данной группы строится с учетом качественного своеобразия структуры их дефекта. Учитывая общую моторную недостаточность детей, педагог организует индивидуальные занятия по лечебной гимнастике; одновременно проводит усиленные логопедические занятия. Педагог в своей работе, опираясь на положительные стороны личности ребенка, всячески развивает его речь. Он проводит большую работу с родителями, которым даются конкретные указания по развитию моторики и речи. Все это позволяет превратить таких детей из необучаемых в успевающих учеников вспомогательной школы.

* ■

Олигофрения рассматривается как отдельная психологическая форма, которая, как это было показано выше, характеризуется основным, ведущим симптомом. Напомним, что этот основной симптом выражается в недоразвитии сложных форм психической деятельности, связанных с основной функцией речи — отвлечением и обобщением.

В любых видах деятельности у детей-олигофренов отчетливо выступает недоразвитие отвлекающей и обобщающей функции слова. Это и есть тот основной, характерный симптом, присущий всем формам олигофрении. Однако каждой форме олигофрении наряду с основным симптомом свойствен ряд дополнительных специфических симптомов.

Таким образом, выделение пяти главных форм олигофрении на основе качественного своеобразия структуры дефекта позволяет глубже изучить клинику олигофрении и практически облегчить работу врачей и педагогов по отбору учащихся во вспомогательные школы.

2. ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА

Среди учащихся вспомогательной школы встречаются дети, у которых умственная отсталость возникла вследствие травмы головного мозга, которую они получили в дошкольном или преддошкольном возрасте.

Травмы черепа могут быть открытыми и закрытыми. Открытые ранения черепа встречаются редко, поэтому мы и считаем возможным не описывать этих форм. Гораздо чаще нарушение работы мозга может быть следствием закрытой травмы черепа.

Характер повреждения мозга при закрытых травмах черепа может быть разный. Принято делить закрытую травму на сотрясение (коммодия) и ушибы (контузии) мозга. Сотрясение мозга чаще приводит впоследствии к изменению кровообращения и циркуляции спинномозговой жидкости; при ушибах мозга имеет место грубое локальное повреждение мозгового вещества.

Симптомы травматического поражения мозга крайне разнообразны и зависят от различных причин: от характера травматического поражения, от возраста, в котором имело место поражение, от того, насколько большие территории мозга захватывает болезненный процесс, от особенностей состояния ребенка до начала травматической болезни.

Если при одних, наиболее легких последствиях травмы ребенок может продолжать обучаться в массовой школе, то при других, более тяжелых последствиях его обучение в массовой школе становится невозможным, и он должен направляться для обучения во вспомогательную школу.

В течении травматического поражения мозга обычно различают несколько стадий.

Начальная (острейшая) стадия заболевания характеризуется нарушением сознания различной длительности — от нескольких минут до нескольких часов и даже дней.

Глубина нарушенного сознания также может быть разной — от легких состояний оглушенности до более глубоких расстройств сознания. Начальная стадия быстро сменяется явлениями острого и подострого периода. В остром периоде у детей наблюдаются сильные головные боли, головокружения, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, немотивированная смена настроений, повышенная утомляемость, полная потеря работоспособности. В основе этого лежат изменения спинномозговой жидкости (повышение давления и увеличение количества белка), которые являются одним из важнейших следствий черепно-мозговой травмы.

Острый период травматического заболевания мозга длится обычно от нескольких недель до 2—3 месяцев и характеризуется постепенным восстановлением нормального состояния в одних случаях и наступлением отдаленных последствий в других.

Описывая отдаленные последствия сотрясения мозга, большинство авторов обычно указывает на наличие в этих состояниях у детей головных болей, головокружения, повышенной утомляемости, сниженной работоспособности.

Все эти симптомы, в основе которых лежит ослабление тонуса корковых клеток, принято в клинике называть термином «церебральная астения».

В процессе школьных занятий у детей с цереброастеническим состоянием особенно отчетливо выявляется их повышенная утомляемость, плохая концентрация внимания. Всякое задание, требующее концентрации внимания, удается этим детям с большим трудом. Работоспособность их снижена, а это препятствует приобретению новых знаний и навыков и закреплению пройденного материала.

Не проявляя грубых признаков умственной отсталости и стойких нарушений поведения, эти дети на первоначальных этапах обучения затрудняются при устном счете, при решении арифме-

тических задач; они с трудом удерживают в памяти условие задачи и нередко уже при повторении искажают его.

При письме у детей отмечаются разнообразные ошибки в виде пропусков, недописок, перестановок букв, слогов, слов, удваивания букв, слогов, а иногда и слов.

Дети плохо удерживают в уме продиктованную им фразу, с большим трудом заучивают стихи, плохо помнят грамматические правила, затрудняются при воспроизведении рассказа.

Отдаленные последствия закрытой травмы головы ограничиваются обычно только что описанными нарушениями, которые сочетаются с достаточно сохранный способностью этих детей к отвлечению и обобщению. У таких детей отмечается правильное отношение к полученному заданию, к оценке их педагогом; равным образом они критически относятся к результатам собственной деятельности.

Пониженная работоспособность и повышенная истощаемость настолько снижают школьную успеваемость детей с явлениями церебральной астении, что это даст повод для смешения их с детьми-олигофренами.

Если все описанные симптомы протекают без признаков слабоумия, дети могут продолжать обучение в массовой школе под систематическим наблюдением врача. В тех случаях, когда утомляемость, истощаемость принимают выраженные формы, когда появляются жалобы на головные боли, а нарушения памяти становятся особенно отчетливыми, может встать вопрос о переводе этих детей в специальное оздоровительное учреждение (санаторий для нервных детей). Однако ни ту ни другую группу детей не следует переводить во вспомогательную школу.

Вопрос о переводе детей, перенесших травму, во вспомогательную школу может ставиться в том случае, когда последствия травмы отчетливо вызывают травматическое слабоумие.

Травматическое слабоумие может возникнуть при особенно тяжелых последствиях травмы, и чаще всего в результате сочетания сотрясения мозга с его ушибом, что приводит к более тяжелым психическим изменениям. У таких детей особенно отчетливо видна связь имеющихся психических нарушений с перенесенной травмой черепа.

Дети с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы обычно вполне нормально развиваются до начала травматической болезни. Однако после перенесенной травмы резко меняется их развитие. Даже через несколько лет после травмы у этих детей отмечаются головные боли, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, головокружения, повышенная утомляемость. После травмы имеет место изменение общего психического тонуса; преобладают вялость, пассивность, замедленность; некоторые дети этой группы двигательны беспокойны, крайне отвлекаемы. В ряде случаев отмечаются заметные колебания от вялости, заторможенности к двигательному беспокойству и общей расторможенности.

Высшая нервная деятельность при травматическом слабоумии характеризуется прежде всего слабостью процесса возбуждения при его повышенной истощаемости, преобладанием внешнего торможения, слабостью всех видов активно-коркового торможения. Новые условные связи образуются у этих детей с большим трудом. При выработке связей обнаруживается их значительная нестойкость, легкая истощаемость, заметно нарушается подвижность нервных процессов.

В клинике эти особенности высшей нервной деятельности выявляются как в астеническом состоянии, препятствующем систематической умственной работе, так и специально — в стойком нарушении познавательной деятельности. У детей с явлениями травматического слабоумия отмечаются выраженные затруднения в образовании сложных отвлеченных связей даже в тех случаях, когда удается организовать ребенка на выполнение предложенного ему задания.

В процессе обучения отчетливо выявляются затруднения, возникающие в связи с решением задач и необходимостью понять смысл прочитанного рассказа.

Сочетание в структуре травматического дефекта недоразвития познавательной деятельности с нарушенной работоспособностью дает полное основание для диагноза травматического слабоумия и направления такого ребенка во вспомогательную школу.

Иногда структура травматического дефекта осложняется тем, что в результате местного кровоизлияния, вызванного травмой мозга, к нарушению познавательной деятельности и снижению работоспособности присоединяются нарушения деятельности того или иного анализатора, например при недостаточности в дифференциации звуков речи, что в свою очередь приводит к затруднениям в овладении грамотой.

При кровоизлиянии в затылочно-теменную область мозга могут возникать нарушения зрительно-пространственного анализа и синтеза, дефекты в чтении, письме, рисовании, значительные нарушения счета и т. п.

Приведем пример:

Витя И., 10 лет 6 мес. Был направлен в детский психоневрологический санаторий с жалобами на головные боли, головокружение, носовые кровотечения, повышенную утомляемость и значительные затруднения в обучении. Из анамнестических сведений известно, что беременность матери (как и развитие ребенка в течение первых лет жизни) протекала нормально. С трех до шести лет мальчик посещал детский сад, где оценивался педагогами как спокойный, достаточно развитый ребенок; он легко запоминал стихи, интересовался сказками, хорошо играл со своими сверстниками. В 6-летнем возрасте ребенок перенес тяжелый ушиб головы. Ребенок был помещен в больницу, где находился 2½ месяца.

После выписки из больницы мать отметила значительные изменения в состоянии мальчика. Он стал болезненным, плаксивым, крайне утомляемым, вялым, пассивным, не интересовался игрушками, не играл с детьми. У мальчика появились постоянные головные боли и периодически возникали приступы головокружения.

Через полгода после перенесенной травмы мальчик вновь стал посещать детский сад, где педагоги сразу же отметили резкие изменения в его поведении. В детском саду он оставался вялым, пассивным, плохо включался в игру с детьми, не мог запомнить ни одного стихотворения.

В 8-летнем возрасте мальчик поступил в I класс массовой школы, где обнаружил резкую неуспеваемость: в течение учебного года он усвоил только несколько букв и счет до пяти.

Общее состояние ребенка с момента поступления в школу значительно ухудшилось: усилились головные боли, участились носовые кровотечения, появилась утомляемость, выросла вялость.

По физическому развитию мальчик соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается.

Исследование нервной системы обнаружило рассеянную недостаточную двустороннюю симптоматику.

При исследовании биотоков мозга во всех отделах коры регистрируются медленные волны, что указывает на разлитую патологию мозга.

При исследовании реактивности коры полушарий головного мозга путем дачи ритмических световых раздражений у мальчика никакой перестройки корковой деятельности не обнаружено, что указывает на грубое снижение активности корковых клеток.

Психическое состояние. С первого дня пребывания в санатории для нервных детей мальчик отличается вялостью, медлительностью, резкой общей заторможенностью. Сам в разговор не вступает, ни за чем к окружающим не обращается, молчалив, в коллективе малозаметен. Контакт с мальчиком устанавливается не сразу; во время беседы он легко тормозится и уже через несколько минут после начала беседы начинает зевать, потягиваться, сидит со скучающим видом, отвечает на вопросы после длительной паузы еле слышным голосом. Иногда приходится повторять вопрос несколько раз. В игру с детьми мальчик включается плохо. Он очень неустойчив и легко поддается под влияние более сильных детей.

В процессе школьных занятий выявился очень низкий уровень знаний и умений мальчика. Легкий текст по букварю он читает с большим трудом, шепчет про себя каждый звук, часто искажает отдельные слова. При письме под диктовку еще более отчетливо выявляются затруднения в звуко-буквенном анализе. Он путает сходные по звучанию фонемы, не умеет делить слова на слоги. Работоспособность мальчика значительно снижена. Он плохо удерживает в уме условие простого арифметического примера; может правильно решить ряд примеров на сложение и вычитание в пределах первого десятка, но наряду с правильными ответами дает ряд ошибочных, заменяя арифметическое действие стереотипным повторением одного и того же числа.

При письме с трудом удерживает в уме продиктованную ему фразу, при списывании часто удваивает буквы, слоги, слова, пропускает буквы в слове или слова во фразе, недописывает слова, перемещает буквы в слове, слово во фразе и т. д.

В процессе школьных занятий обычно быстро нарастают истощение и утомляемость. Эти особенности сочетаются с недоразвитием познавательной деятельности.

Все логические процессы затруднены. Мальчик не улавливает связи между отдельными событиями в рассказе, не осмысливает хода решения задачи, не может установить четкую связь между тремя картинками, отбросив неподходящую картинку.

Затруднения в обучении у данного ребенка осложняются еще и наличием снижения анализа и синтеза в пределах слухового анализатора. Мальчик слабо дифференцирует на слух сходные по звучанию фонемы и плохо понимает смысл отдельных слов, что затрудняет процесс обучения письму и чтению.

Вместе с тем в процессе наблюдения за мальчиком выявились положительные стороны его психики: у него отмечается интерес к занятиям, стремление выполнять данное ему задание, переживание своего успеха и неуспеха.

В результате проведенной лечебной работы у мальчика исчезли головные боли, головокружения, носовые кровотечения. Правильно организованная пе-

педагогическая работа привела к повышению его активности, улучшению навыков чтения, письма, счета, улучшилась работоспособность мальчика: он стал менее утомляем; однако вместе с тем еще более отчетливо обнаружился его многочисленный недостаток — незнание сложных форм познавательной деятельности, которое мешает ему обучаться в массовой школе.

Клиническое заключение. В приведенном нами наблюдении патологические изменения возникают лишь после перенесенной травмы головы и наблюдаются в отдаленном периоде травматической болезни. Эти изменения обусловлены нарушениями кровообращения и циркуляции спинномозговой жидкости, а также и более грубыми нарушениями мозгового вещества — преимущественно коры полушарий головного мозга.

Наличие этих изменений подтверждается данными исследования нервной системы и исследованием токов действия мозга.

Снижение корковой активности проявляется в нарушении высшей нервной деятельности в виде слабости и повышенной истощаемости возбудительного процесса и в преобладании тормозного процесса над возбудительным, в нарушении всех видов активного коркового торможения, в нарушении замыкательной функции коры и низкой подвижности нервных процессов.

Эти особенности высшей нервной деятельности проявляются у ребенка в вялости, пассивности, общей заторможенности, плохой работоспособности, нарушении познавательных процессов.

В описанном случае это осложняется еще и снижением слухового анализа и синтеза, что еще больше затрудняет обучение ребенка.

Все изложенное дает основание для постановки диагноза травматического слабоумия.

Если травматический дефект характеризуется только астеническим симптомокомплексом, ребенок может продолжать обучение по общей программе в массовой школе при условиях индивидуального режима и под постоянным наблюдением врача; в отдельных случаях таким детям показано временное пребывание в оздоровительных (санаторных) учреждениях. В случаях, когда подобное астеническое состояние сопровождается грубыми поражениями коры головного мозга, приводящими к стойким нарушениям познавательной деятельности, врач вправе направлять такого ребенка для обучения во вспомогательную школу.

3. ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИМИ МЕНИНГО-ЭНЦЕФАЛИТОВ

К группе учеников, подлежащих переводу во вспомогательные школы, относятся и дети, перенесшие в детском возрасте энцефалиты и менинго-энцефалиты различной этиологии.

Клиническая картина параинфекционного энцефалита бывает крайне разнообразна и в значительной степени зависит от интенсивности перенесенного болезненного процесса, его локализации и от особенностей развития ребенка до заболевания.

Врачу медико-педагогической комиссии приходится иметь дело с резидуальной стадией этого заболевания. Однако представление о картине острого периода болезни со всеми характерными симптомами всегда должно быть в памяти врача, так как это помогает глубже раскрыть истинную природу наблюдаемых нарушений.

Острый период параинфекционного энцефалита характеризуется повышением температуры, приступами головной боли, нарушением сознания, явлениями психомоторного возбуждения, менингеальными симптомами, а в дальнейшем выступает и очаговая симптоматика.

Резидуальные проявления параинфекционного энцефалита крайне разнообразны. Чаще всего в резидуальной стадии параинфекционного энцефалита у детей могут наблюдаться заметные изменения интеллекта, а также расстройства поведения и характера. Подобные дети чаще бывают раздражительны, вспыльчивы; настроение их неустойчиво, у них отмечается общее двигательное беспокойство. В некоторых случаях наблюдаются резкие аффективные вспышки и повышенные труднотормозимые влечения. Если такие симптомы в резидуальной стадии параинфекционного энцефалита не сочетаются с грубыми нарушениями познавательной деятельности, то дети не направляются во вспомогательные школы.

Наблюдаются и такие клинические формы резидуальной стадии, при которой перенесенный энцефалит не вызывает грубого поражения головного мозга, а приводит лишь к нарушению ликворо- и кровообращения.

В клинической картине таких состояний отмечаются явления церебральной астении. Дети с подобными состояниями подробно описаны в главе о церебральной астении в детском возрасте. Они также не подлежат направлению во вспомогательную школу.

От только что описанных форм значительно отличаются те резидуальные состояния после параинфекционных энцефалитов, которые имеют различный характер грубого поражения центральной нервной системы, и преимущественно коры полушарий головного мозга.

В этих случаях нередко встречаются формы стойкого недоразвития высших форм психической деятельности. Детей с такими резидуальными состояниями, при которых наблюдается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, следует направлять для обучения во вспомогательные школы.

Структура дефекта при постэнцефалитических состояниях отличается некоторым своеобразием.

В одних случаях выраженные нарушения сложных форм психической деятельности сочетаются с различными очаговыми нарушениями в виде параличей, парезов, речевых нарушений, недостаточности оптического и оптико-пространственного анализа и синтеза.

В других случаях в структуре дефекта сочетается нарушение высших форм познавательной деятельности с выраженными изменениями эмоционально-волевой сферы. Последний вид структуры дефекта чаще всего встречается в резидуальной стадии параинфекционных энцефалитов.

Эти дети представляют особые трудности; однако если изменения поведения носят не очень грубый характер, а нарушение познавательной деятельности выражено отчетливо, они все же должны обучаться во вспомогательной школе.

Приведем отдельное наблюдение:

Володя С. Был направлен в медико-педагогическую консультацию Института дефектологии с жалобами на плохую успеваемость, повышенную раздражительность.

Ребенок от второй беременности, которая протекала нормально. Роды в срок. В раннем детском возрасте развивался правильно. Зубы — к шести мес., ходьба — к году, речь — к году. Рос спокойным и здоровым. Мальчик посещал ясли и детский сад, откуда никаких жалоб не поступало. В 7 лет мальчик заболел корью в тяжелой форме: высокая температура (до 40°) держалась долго, и в дальнейшем появились нарушение сознания, судороги, рвота, затем явление общего психомоторного возбуждения и выраженные менингеальные симптомы. В связи с заболеванием находился около двух месяцев в больнице.

Вскоре после выписки из больницы родители заметили ряд изменений в состоянии мальчика: появился беспокойный сон, большая истощаемость, головные боли. Изменилось и поведение мальчика: он стал раздражительным, драчливым, непослушным.

Восьми лет поступил в I класс массовой школы, где оказался неуспевающим учеником. Мальчик не проявил интереса к школьным занятиям, не приобрел никаких школьных навыков. Со слов матери, у него резко ухудшилась память; он не понимал сказок, рассказов, смысл которых был ему доступен до болезни.

В I классе Володя проучился два года и без достаточных знаний и навыков был переведен во II класс, откуда и был направлен для отбора во вспомогательную школу.

Физическое развитие мальчика нормальное. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.

Со стороны нервной системы отмечается неравномерность расширения зрачков, реакция на свет несколько ослаблена, парез конвергенции, установочный нистагм, ослабленная иннервация лица справа. Координация движений недостаточна; сухожильные рефлексы тормозит, разгибательный подошвенный вызывается с обеих сторон; кожные рефлексы — живые.

Психическое состояние. По своему поведению мальчик представляет ряд трудностей. Он раздражителен, упрям, двигательно беспокойен, часто дает аффективные вспышки. Володя малообщителен, хмур, неохотно вступает в беседу, на вопросы отвечает не сразу. Ориентировка в окружающем недостаточна, но запас представлений несколько выше, чем у детей-олигофренов.

При исследовании Володя обнаруживает относительно большой запас слов; грамматический строй речи у него несколько богаче, чем это бывает у олигофренов. Однако всякие задания, которые требуют известного уровня развития способности к отвлечению и обобщению, ему оказываются малодоступными. Он не понимает смысла прочитанных ему рассказов, хотя передает их содержание почти текстуально; не улавливает и не осмысляет хода решения самой элементарной задачи и подменяет ее решение простым арифметическим действием. В опыте с классификацией картинок выявляет сугубо характерные формы мышления. Володя не может при классификации картинок подвести их под известную отвлеченную категорию, а пытается группировать материал, исходя из внешнего сходства или случайного признака. В некоторых случаях он группирует картинки по ситуационному признаку.

Клиническое заключение. Нарушение развития в данном случае возникло лишь в 7-летнем возрасте и связано с перенесенным параинфекционным энцефалитом. Все это дает основание диагностировать данный случай как постэнцефалитическое снижение познавательной деятельности.

В структуре дефекта в подобных случаях сочетаются общее недоразвитие познавательной деятельности и характерологические изменения, возникшие как следствие паранфекционного энцефалита. Эти состояния следует ограничивать, с одной стороны, от олигофрении, а с другой — от психопатоподобных состояний. От олигофрении эти состояния отличаются прежде всего тем, что нарушения развития у детей-олигофренов начинаются с ранних этапов. При постэнцефалитических состояниях нарушение развития возникает на значительно более поздних этапах и тем самым образом связано с перенесенным заболеванием. Отличия имеются также и в самой структуре дефекта. В резидуальной стадии паранфекционного энцефалита мы имеем сочетание нарушения познавательной деятельности с резкими изменениями эмоционально-волевой сферы. Подобное сочетание симптомов в структуре дефекта при олигофрении встречается редко.

В резидуальной стадии паранфекционного энцефалита значительно чаще наблюдаются более грубые нарушения в пределах того или иного анализатора в сочетании с нарушением познавательной деятельности.

Специальную форму энцефалитов представляет так называемый эпидемический энцефалит, хотя перенесшие его дети лишь в очень редких случаях попадают во вспомогательную школу. Поэтому мы остановимся на описании этой формы лишь в самых общих и кратких чертах.

Заболевание эпидемическим энцефалитом связано с попаданием в организм особого нейровируса, природа которого еще недостаточно изучена. Заболевание распространяется эпидемиями, чаще в определенное время года (весна, осень).

Клиническая картина острой стадии эпидемического энцефалита характеризуется высокой температурой, расстройством сна, глазодвигательными расстройствами. В более тяжелых формах уже в острой стадии наблюдается психомоторное возбуждение. Продолжительность острой стадии эпидемического энцефалита различна (от 2 недель до 2—3 месяцев). После острой стадии наступает хроническая стадия эпидемического энцефалита. Эпидемический энцефалит обычно поражает подкорковую область головного мозга. Отсюда клиническая картина хронической стадии этого заболевания характеризуется наиболее резко выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы.

В хронической стадии эпидемического энцефалита отмечают-ся две формы — адинамическая (редко встречается в детском возрасте) и гипердинамическая (чаще всего встречается у детей и подростков). У детей и подростков в хронической стадии наиболее отчетливо выявляются трудности в поведении. Дети, перенесшие это заболевание, отличаются двигательным беспокойством, повышенной раздражительностью. У некоторых отмечаются колебания настроения, плаксивость, беспомощность, внушае-

мость. В силу повышенной внушаемости они легко могут попасть под дурное влияние.

Первичного грубого нарушения познавательной деятельности у этих детей обычно не отмечается. Однако в большинстве случаев наблюдаются замедленность темпов мышления, быстрая истощаемость нервных процессов, неустойчивость эмоционально-волевой сферы, частые головные боли, что и мешает им овладеть программой массовой школы и делает целесообразным (в единичных случаях) направление таких детей для обучения во вспомогательные школы.

4. ДЕТИ С ТЕКУЩИМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ

Следующая группа детей, подлежащая помещению во вспомогательную школу, — это дети, умственная отсталость которых обусловлена текущим эпилептическим процессом.

Эпилепсия относится к тем нервно-психическим заболеваниям, которые чаще начинаются в детском и подростковом возрасте. В происхождении эпилепсии огромное значение имеют разнообразные причины, как-то: внутриутробные и природные травмы, асфиксии, воспаление мозга и мозговых оболочек и т. д.

Эпилепсия как болезнь известна давно, но в понимании сущности этого заболевания еще до настоящего времени имеется много спорного. При длительно текущем эпилептическом процессе происходят значительные анатомические изменения в центральной нервной системе в виде рубцов, поражения нервных клеток, сморщивания клеток, набухания волокон внутри клетки, разрастания опорной ткани, изменения желудочков мозга, скопления жидкости в субарахноидальных пространствах, атрофических изменений в коре полушарий головного мозга.

Полученные анатомические данные не давали, однако, возможности решить вопрос, являются ли все эти изменения причиной эпилептического припадка или его следствием. Это привело к попытке видеть причину эпилепсии не только в грубо анатомических изменениях, но и в нарушении деятельности желез внутренней секреции, в нарушении общего обмена.

Нельзя понять сущность эпилепсии, если не учесть сложного комплекса явлений, играющих известную роль в возникновении этого заболевания.

Одним из основных характерных признаков эпилепсии является эпилептический припадок. Эпилептический припадок делится на четыре фазы.

Первая фаза припадка (или его начало) может быть разнообразной по своим проявлениям. Иногда началу припадка предшествуют неприятные ощущения в разных частях тела, неоформленные световые ощущения; в других случаях начальная фаза припадка выражается в двигательных нарушениях: дети стремятся бежать куда-то, кружатся на одном месте, выкрикивают от-

дельные слова. Иногда началу припадка могут предшествовать галлюцинации.

Вторая фаза — это сам припадок, который выражается в потере сознания и расслаблении мускулатуры, вследствие чего ребенок падает.

Третья фаза, когда вслед за первоначальным расслаблением мускулатуры наступает напряжение мускулатуры с резким цианозом (посинением) и учащением пульса. Тонические судороги сопровождаются обычно клоническими, которые иногда предшествуют им и характеризуются резким сгибанием и разгибанием конечностей, подергиванием лицевой мускулатуры, судорожными движениями челюстей, что и является причиной прикусывания языка. Во время припадка ребенок издает нечленораздельные звуки и клокотание, что обусловлено судорожным сокращением дыхательных мышц и мышц гортани. Во время припадка зрачки расширены, но не реагируют на свет, сухожильные рефлексы не вызываются, нередко бывает непроизвольное отделение мочи и кала.

Четвертая фаза — окончание припадка — характеризуется расслаблением мускулатуры и более медленным или быстрым восстановлением сознания. При медленном восстановлении сознания ребенок некоторое время не ориентируется в окружающем, проявляет общее беспокойство. Часто после припадка отмечают подергивания в отдельных группах мышц, расстройство речи в виде забывания слов, усталость и последующий сон.

Помимо развернутого припадка, у детей наблюдаются различные его видоизменения. При так называемых малых припадках отмечается лишь кратковременная потеря сознания без судорог; сознание несколько мгновений отсутствует, затем дети быстро приходят в себя и продолжают прерванную деятельность.

Малые припадки также весьма разнообразны по своим проявлениям. Иногда они характеризуются закатыванием глаз и подергиванием в веках с мимолетной потерей сознания; иногда же припадок выражается в остановившемся взгляде и легкой оглушенности.

У детей могут быть и атипичные припадки, при которых весь эпилептический приступ ограничивается только начальной фазой.

Частой формой атипичного припадка у детей являются двигательные расстройства. Дети начинают кружиться на одном месте, стремительно бегут вперед, иногда бормочут одно и то же слово или фразу. В некоторых случаях атипичный припадок характеризуется выразительными движениями (смех, плач). Иногда же эпилептический приступ протекает в форме рвоты, тошнот, болевых ощущений в области живота и т. п.

При эпилептической болезни можно отметить известную динамику в течение эпилептического припадка. До появления развернутого эпилептического припадка приступ принимает форму самых разнообразных, атипичных состояний.

Помимо судорожных припадков, у детей, больных эпилепсией, отмечаются разнообразные психические и умственные расстройства. У эпилептиков отмечаются кратковременные психические расстройства, которые могут наблюдаться до припадка и после него, иногда же они наступают между приступами припадков. Эти состояния, как бы замещающие припадок, носят название «психических эквивалентов». Таким названием подчеркивается известное сходство таких психических изменений с судорожными припадками. Это сходство проявляется во внезапном начале, столь же внезапном конце и сравнительно кратковременном течении (от нескольких часов до нескольких дней).

По своим внешним проявлениям психические эпилептические расстройства бывают разнообразными.

У детей часто отмечаются периодически наступающие изменения настроения, которые характеризуются тем, что они становятся капризными, раздражительными, дерзкими, грубыми, придирчивыми, плаксивыми, ворчливыми и недовольными окружающим. Расстройства настроения бывают разнообразны: у одних преобладают подавленность и тоскливость, у других — тревожное беспокойство и страх, у третьих — психомоторное возбуждение.

Наряду с изменениями настроения психические эквиваленты у детей выражаются в хождениях во время сна и ночных страхах. Нередко отмечаются различного рода нарушения сознания.

Чрезвычайно характерными для эпилепсии являются хронические изменения психики, которые и определяют специфическую картину эпилептического слабоумия.

Психические проявления эпилепсии разнообразны по характеру течения болезни и по особенностям психопатологической картины.

Детей с частыми эпилептическими припадками и наличием психических эквивалентов необходимо направлять в больницы. Дети с редкими эпилептическими припадками (особенно ночными) без выраженных типичных психических изменений могут обучаться в массовой школе. Дети с редкими и ночными эпилептическими припадками на фоне снижения познавательной деятельности должны направляться во вспомогательную школу.

Своеобразие нарушения познавательной деятельности у эпилептиков характеризуется замедленностью течения всех психических процессов. Дети очень медленно выполняют всякое предложенное им задание, они медленно двигаются, едят, еще медленнее читают, пишут, считают. Замедленность их речи проявляется не только в ее темпе; они с трудом подбирают нужные слова, навязчиво и многократно вставляют в свою речь ряд дополнительных слов, вроде «ну», «это».

Особенно отчетливо выявляется у эпилептиков нарушение способности к отвлечению и обобщению. Такие дети не могут объединить ряд предметов одним общим понятием. На предло-

жение назвать одним словом стол, стул, диван, кровать они уверенно отвечают, что эти предметы не могут быть объединены одним словом, так как на стуле можно только сидеть, на столе — писать и кушать, а на кровати — спать и лежать. Им недоступно понимание метафор. Например, метафору «золотая голова» они понимают как волосы, которые блестят на солнце. Особенно характерна, специфична для эпилептика медленная переключаемость его психических процессов. Эпилептик, застрявший на выполнении какого-нибудь вида деятельности, не может переключиться на другой вид деятельности. Если такой ребенок выполняет задание, то прервать его не удастся до тех пор, пока он его не закончит; особенно трудно переключить такого ребенка на выполнение нового задания.

Специфично для эпилептиков также сочетание замедленности, инертности в течении психических процессов с аккуратным и тщательным выполнением всякого задания. Дети, страдающие эпилепсией, отличаются хорошей работоспособностью. Они стойко удерживают данное им задание, медленно, но систематично выполняют его.

Вторая отличительная особенность эпилептического слабоумия — сочетание вышеописанных специфических изменений познавательной деятельности со своеобразными изменениями характера. На известном этапе течения болезни у детей выступают характерные эпилептические черты: раздражительность, злобность. У них возникает ряд вторичных характерологических образований: слащавость, угодливость, подчеркнутая вежливость. Так, например, они справляются о самочувствии взрослых, при старших явно неодобрительно относятся к неправильному поведению других детей. В то же время они раздражительны, жадны, грубы. Эпилептикам свойственно аффективное напряжение, что проявляется в склонности их к резким аффективным разрядам. Все специфические особенности эпилептического слабоумия связаны с медленно текущим болезненным процессом, который приводит к изменению высшей нервной деятельности.

Наиболее характерная особенность высшей нервной деятельности детей-эпилептиков — резко выраженное нарушение подвижности основных нервных процессов. Это изменение подвижности нервных процессов проявляется в клинических наблюдениях, в тех специфических нарушениях познавательной деятельности и особенностях характера, которые были нами описаны выше. При сложном взаимодействии текущего болезненного процесса с процессом развития личности у эпилептика формируются своеобразные особенности психики.

Течение эпилептического процесса у детей, подлежащих направлению во вспомогательную школу, может быть как доброкачественным, так и злокачественным. В случае доброкачественного течения болезненного процесса обучение и воспитание этих детей приводят к значительному продвижению в их общем раз-

витии; в этих случаях обучение благоприятствует более доброкачественному течению болезненного процесса.

Однако педагогу следует помнить, что дети, страдающие эпилепсией, в противоположность олигофренам могут давать и дают известные колебания в своем состоянии.

При учащении припадков их общее состояние временно ухудшается. Во время классных занятий у них могут возникать немотивированные изменения настроений, повышенная раздражительность, склонность к резким аффективным реакциям, которые таким детям в обычном состоянии не свойственны. Эти изменения в поведении детей и снижении их работоспособности встречаются иногда как очень кратковременные состояния; иногда же они носят более длительный характер. У некоторых детей отмечается ухудшение работоспособности при нарастании замедленности психических процессов в те дни, когда ночью у них был эпилептический припадок.

Чаще среди учащихся вспомогательной школы, куда направляются дети уже на известной стадии дефекта, отмечаются специфические особенности эпилептической психики.

Однако могут встречаться и такие формы эпилепсии, при которых специфические особенности психики маловыражены.

Врачу следует помнить, что наличие эпилептического припадка еще не дает права ставить диагноз «эпилепсия». От эпилепсии следует отличать ряд болезненных форм, при которых возможны припадки, похожие на эпилептические. При известных условиях многие дети (и не эпилептики) могут дать эпилептиформную реакцию. Особенно это может наблюдаться у детей младшего возраста, у которых в силу незаконченности развития мозга, биохимических особенностей организма (все ткани, в том числе и ткани мозга, богаты водой, кальциевый обмен неустойчив) отмечается повышенная готовность к судорогам. Поэтому у этих детей иногда бывают эпилептиформные припадки по самым разнообразным поводам.

Эпилептиформные реакции у детей могут наблюдаться при самых разнообразных заболеваниях центральной нервной системы. Это бывает, например, при воспалении мозга и его оболочек, при травмах черепа, отравлениях. Отличие перечисленных нами заболеваний от эпилепсии определяется наличием симптомов, свойственных основному заболеванию, и отсутствием специфических эпилептических изменений психики.

К этим состояниям относится и спазмофилия, которая наблюдается главным образом у маленьких детей и обычно к концу второго года жизни прекращается.

От эпилепсии эти состояния отличаются доброкачественным течением, не дающим психических изменений. Спазмофильные припадки чаще наблюдаются у физически ослабленных, нервных, впечатлительных детей, у которых иногда наблюдаются и обморочные состояния. Эти состояния также следует отличать от эпилепсии.

лепсии как болезни, так как в этих случаях бывают единичные эпилептические припадки, которые, однако, не влекут за собой никаких психических изменений.

У детей-олигофренов нередко в анамнезе имеются указания на единичные эпилептические припадки, но и их следует отличать от подлинной эпилепсии, поскольку они бывают единичными и не сопровождаются специфическими эпилептическими изменениями психики.

Приведем пример эпилептического слабоумия:

Нина С., 11 лет., ученица III класса вспомогательной школы.

Ребенок от второй беременности, которая протекала нормально; роды тяжелые, длительные, с наложением щипцов.

Девочка родилась в глубокой асфиксии. До года раннее развитие протекало нормально. В 1 г. 1 мес. у девочки без всякой внешней видимой причины начались судорожные припадки, которые вначале повторялись по несколько раз в день. Постепенно припадки стали реже, а в дошкольном возрасте они протекали пароксизмально, иногда с интервалами в 6—7 месяцев. С 6 лет отмечались лишь редкие ночные припадки.

Яслей и детского сада она не посещала. Воспитывалась дома матерью. Грубых изменений в развитии девочки в раннем возрасте мать не отмечала. В дошкольном возрасте неохотно играла с детьми, проявляла излишнюю аккуратность. В 8-летнем возрасте девочка была направлена в массовую школу, откуда после года безуспешного обучения была переведена во вспомогательную школу.

Физическое состояние. По физическому развитию соответствует возрасту. Отмечаются избирательные, избыточные отложения жира на животе и бедрах. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Глазное дно нормально; острота зрения 1,0, слух нормальный. Со стороны нервной системы отмечается остаточная двусторонняя неврологическая симптоматика.

Психическое состояние. Нина дисциплинирована, очень аккуратна и тщательно выполняет задания. Ее внешний вид, костюм, книги являются образцом для всего класса. Нина крайне медлительна; усаживание за парту, раскрытие нужной книги, тетради — все это отнимает у нее столько времени, что дети успевают за этот срок выполнить часть данного задания. Эта медлительность девочки проявляется и на уроках пения, рисования, ритмики. Списывает ли она с доски, пишет ли диктант, решает ли арифметические примеры или задачу — все это выполняется очень медленно, но вместе с тем тщательно и аккуратно. Нина продолжает начатую работу во время перемены и даже иногда в начале следующего урока, но всегда доводит начатое дело до конца. Прервать ее в процессе выполнения задания невозможно. Медлительность Нины сочетается с большой настойчивостью в работе и хорошей работоспособностью.

Другой не менее характерной для нее чертой является крайняя малоподвижность психики. Ее с большим трудом можно переключить с одного задания на другое. Так, например, когда девочке было дано задание рисовать по памяти, она очень медленно выполняла это задание; затем ей было предложено нарисовать домик, но она еще некоторое время продолжала выполнять предыдущее задание, а при рисовании домика врисовывала внутри дома отдельные элементы из прежнего задания.

Исследование слухового и зрительного анализа и синтеза не обнаружило грубых нарушений.

При исследовании познавательной деятельности девочки выявились все специфические особенности ее дефекта. Инструкцию она выслушивает внимательно и очень замедленно, обдуманно приступает к выполнению самого задания. Всякое задание, которое требует известного уровня развития способности к отвлечению и обобщению, давалось ей с большим трудом. В тот период, когда девочка подвергалась психологическому обследованию, в классе на уро-

ках учитель давал понятие о живых и неживых предметах, именно это и было положено в основу классификации картинек. Никакие дополнительные объяснения не привели к изменению принципа классификации. Та же неспособность раз образованных связей выявилась и в специальном ответе, где она должна была установить сходство и различие между кошкой и собакой. Она не сравнивает кошку с собакой по существенным видовым признакам. Сравнение подменяется сопоставлением конкретных изображений кошки и собаки. Однако в ответе проявляется крайняя малоподвижность психических процессов. Так, начав сопоставление этих конкретных изображений с того, что собака большая, а кошка маленькая, она продолжала по этому признаку сопоставлять животных до конца опыта: «У собаки глаза большие, а у кошки маленькие, у собаки хвост большой, а у кошки маленький» и т. д.

Конкретность мышления девочки отчетливо проявляется и в процессе школьных занятий. Она хорошо запоминает содержание рассказа и передает его текстуально, но смысла рассказа не улавливает. Нина хорошо усвоила арифметические действия на сложение и вычитание с переходом через десяток, но очень плохо осмысливает ход решения самой элементарной задачи.

Во время наблюдения за девочкой отмечались периодически возникающие изменения в ее состоянии, которые совпадали с учащением припадков. В эти периоды у Нины нарастает замедленность, снижается работоспособность, появляются пропуски букв в письме, недописки, перестановки и ошибки в арифметических действиях.

По мере учащения припадков у Нины явно снижалась успеваемость и она хуже воспринимала учебный материал. Изменялось и ее поведение: она становилась капризной, придирчивой, плаксивой, требовательной, хуже контактировала с детьми, временами была особенно напряжена и угрюма. Такое состояние длилось от нескольких дней до 2—3 недель.

Клиническое заключение. Эпилептические припадки с раннего детства и типичные изменения познавательной деятельности и личности в целом дают основание расценивать состояние девочки как текущий эпилептический процесс с характерной картиной эпилептического слабоумия. Это подтверждается и данными электроэнцефалограммы, указывающими на разлитую патологию мозга с наличием эпилептических волн, при сохранности основного ритма электрической активности мозга.

В данном случае редкие эпилептические припадки при наличии интеллектуального снижения делают необходимым обучение во вспомогательной школе.

При наличии таких детей во вспомогательной школе педагогу необходимо учитывать их психические особенности, выступающие в процессе обучения и воспитания.

При работе с детьми-эпилептиками педагог должен опираться на положительные стороны личности ребенка. Образцы работ этих детей, которые по тщательности выполнения являются лучшими, полезно демонстрировать, оценивать их соответствующим образом. Учитывая замедленность реакции у детей-эпилептиков, педагогу целесообразно давать им задание первым и проверять в последнюю очередь. Это мероприятие увеличивает время, необходимое ребенку-эпилептику для выполнения работы, и дает возможность кончить задание вместе с другими учениками класса. В то же время педагог должен снижать требования в периоды наступающих ухудшений.

Учет изложенного в сочетании с правильно организованным врачебным наблюдением и лечением дает возможность таким детям обучаться по программе вспомогательной школы и по ее окончании заниматься полезной трудовой деятельностью.

5. ДЕТИ С ШИЗОФРЕНИЧЕСКИМ СЛАБОУМИЕМ.

Шизофрения — это тип психического заболевания, которое приводит к глубоким изменениям личности.

Одним из постоянных симптомов шизофрении являются аффективные изменения, которые проявляются в снижении потребности в общении с окружающими, потере интереса к окружающей действительности, в резком снижении тонуса отдельных переживаний. Все эти аффективные изменения в процессе течения болезни приводят к эмоциональной тупости.

Другим постоянным симптомом шизофрении является нарушение мышления. Мышление у шизофреников аутистическое, оторванное от реальной действительности, непродуктивное, лишённое активности.

Это заболевание различно протекает в детском и подростковом возрасте. В подростковом периоде болезнь чаще течет в виде отдельных острых приступов и длится от одного до двух-трех месяцев. В детском возрасте болезнь может иметь хронический, вялый тип течения. Несмотря на вялое течение болезни, все же и в этом возрасте выявляется характерная для шизофрении симптоматика и прогрессирующее течение болезни, которая нередко приводит к слабоумию.

Специфично для шизофренического слабоумия в детском возрасте и сочетание недоразвития познавательной деятельности с характерными для этого заболевания симптомами. Такие дети обычно замкнуты, редко вступают в контакт, не интересуются окружающим, не знают по имени никого из персонала, учащихся. Иногда они обидчивы, плаксивы. У них плохой сон, пониженный аппетит, ночные страхи. Настроение неустойчиво.

Нередко в дефектной стадии шизофренического процесса наблюдаются своеобразные нарушения речи, что находит свое выражение в мутизме, в уменьшении запаса слов, в появлении своеобразных словообразований.

Иногда у детей нарушается и артикуляция: голос становится глухим, маломодулированным, отмечается замедленная, как бы скандированная речь.

Не менее характерны для шизофреников и психомоторные расстройства. По мере течения болезненного процесса выявляется замедленность, вычурность, импульсивность и стереотипия в движениях. Периодически у этих детей возникает общее двигательное возбуждение или же, наоборот, отмечаются явления двигательной заторможенности.

Структура дефекта при детских формах шизофрении не однотипна. У одних течение болезненного процесса характеризуется главным образом нарастанием основной шизофренической симптоматики: дети становятся эмоционально холодными, отчужденными, утрачивают эмоциональные связи с окружающими. Аутистический мир их беднеет и заполняется стереотипными, мало-

продуктивными фантазиями. Все более ярко выступает выхолащивание их мышления. Нередко в этих случаях обнаруживаются элементы бредовых высказываний и галлюцинаторные переживания.

Снижение уровня познавательной деятельности не занимает в структуре этого дефекта ведущей роли. Дети с такой структурой дефекта не подлежат приему во вспомогательную школу. При улучшении общего состояния они могут обучаться в массовых школах, а при обострении состояния нуждаются в специальном лечении в психиатрических больницах.

В других случаях при раннем начале шизофренического процесса в структуре дефекта очень отчетливо выявляются симптомы общего психического недоразвития. У таких детей обнаруживается недостаточная ориентировка в месте, времени и окружающей обстановке. Они испытывают значительные затруднения при обучении грамоте и счету. Переход от конкретного счета к абстрактному у них очень затруднен. Эти дети не могут осознать своих затруднений и очень плохо используют оказанную им в процессе работы помощь.

Недостаточный уровень развития способности к отвлечению и обобщению проявляется у этих детей-шизофреников в неумении понять сюжетную картинку, сказку, рассказ. Их мышление также характеризуется аутистичностью, малой связанностью с реальной действительностью.

В дефектной стадии шизофренического процесса у этих детей наблюдаются характерные для шизофрении симптомы в виде эмоциональной вялости, негативизма, аутизма; нередко у них отмечается страх, наличие галлюцинаторных переживаний. В процессе длительного наблюдения у этих детей легко установить изменчивость психопатологической симптоматики.

Отграничение этих дефектных шизофренических состояний от олигофрении представляет большие трудности.

При дифференциальной диагностике в этих случаях следует учитывать и анамнестические данные. При олигофрении симптомы общего недоразвития выявляются на самых ранних этапах жизни ребенка; в отличие от олигофрении специфическая шизофреническая симптоматика возникает на определенном этапе развития ребенка и лишь постепенно, по мере течения болезни, обнаруживается симптом психического недоразвития.

Характерно для шизофренического дефекта и сочетание снижения уровня познавательной деятельности со специфическими изменениями мышления и эмоционально-волевой сферы. Для олигофрении же недоразвитие сложных форм психической деятельности — основной симптом, мало меняющийся с возрастом.

В дефектной стадии шизофренического процесса отмечается некоторая изменчивость в клинической картине. На определенном этапе развития процесса болезни дети становятся более замкнутыми, негативистичными, недоверчивыми. Затем это сос-

тояние сменяется повышенной общей возбудимостью, появляются психомоторные нарушения. Такое состояние в свою очередь сменяется общей заторможенностью.

Только в тех случаях, когда у ребенка в дефектной стадии шизофренического процесса выражено недоразвитие познавательной деятельности и отсутствуют острые психопатические симптомы, он должен обучаться во вспомогательной школе.

Естественное развитие детского организма оказывает положительное влияние на течение самого патологического процесса особенно тогда, когда ребенок находится под правильно организованным педагогическим воздействием.

Приведем пример:

Сергея А., 12 лет, ученик III класса вспомогательной школы. Поступил с жалобами на вялость, апатичность и резкое снижение успеваемости.

Ребенок от пятой беременности. Родился 3 кг 400 г, развивался нормально. В раннем детском возрасте рос спокойным, вялым. «Накормишь, — говорит мать, — и он себе лежит». В дошкольном возрасте Сергей проявлял своеобразные черты поведения: предпочитал играть в одиночку, с детьми общался мало. Был дисциплинирован, податлив, послушен.

С 5-летнего возраста выявился ряд странностей в поведении мальчика. Он стал особенно вялым, всего боялся, особенно насекомых. Изменился и внешний вид ребенка: он похудел, появился полусонный взгляд; движения стали неловкими, угловатыми. В школьном возрасте явно выявилось его отставание в умственном развитии. Попытка обучать мальчика в массовой школе окончилась безуспешно, и он был переведен во вспомогательную школу.

По физическому развитию мальчик отстает от возраста. Со стороны внутренних органов отмечаются глуховатые тоны сердца.

При исследовании нервной системы обнаружена небольшая асимметрия лицевого нерва. Зрачки равномерны, реакция на свет живая. Сухожильные рефлексы в норме, кожные — вялые. Движения неловки — скованные, обильные синкинезии. Мимика лица вялая. Речь недостаточно модулирована.

Психическое состояние. Сергей замкнут, угрюм, молчалив, в контакт вступает с трудом и неохотно. Мальчик робок, нерешителен, настроение у него неустойчивое. Чаще он спокоен, сосредоточен. В классной работе участия не принимает, остается бездеятельным, не слушает объяснений педагога, смотрит по сторонам, как бы думает о чем-то своем. В такие периоды он плохо контактирует с детьми и взрослыми, всех боится: ему все кажется, что дети хотят его обидеть. В эти дни резко снижается работоспособность мальчика. Он делает много ошибок на известные ему правила; плохо фиксирует внимание при звуко-буквенном анализе состава слова, пропускает буквы или повторно записывает уже ранее записанную им букву. Заглавную букву может написать в середине слова.

Психологическое исследование обнаружило значительное снижение способностей к отвлечению и обобщению. Он не в состоянии находить сходство и различие в предметах. В отличие от детей-олигофренов, которые сравнивают предметы по несущественным признакам, он находит различие между сравниваемыми предметами в каких-то непонятных, нелогичных деталях, не имеющих никакого отношения к реально сравниваемым предметам. Недостаточность познавательной деятельности мальчика проявляется в неумении понять основное в рассказе, в затруднениях при решении арифметических задач. Мышление Сергея мало корригируется реальной действительностью: он больше живет в мире своих фантазий, которые становятся все более однообразными, стереотипными, все более оторванными от реальной действительности. Эмоционально вял, пассивен, лишен детской жизнерадостности. В процессе наблюдения за мальчиком удалось установить наличие немодифицированных форм поведения.

Однажды во время занятия в классе Сережа, обычно послушный, встал из-за парты и начал размахивать руками, одновременно что-то изпевая. На замечание педагога мальчик не реагировал и продолжал производить какие-то странные движения руками. Педагог предложил мальчику выйти из класса. Сережа подчинился педагогу, простоял за дверью до конца урока, продолжая и там размахивать руками. Эту немотивированную форму поведения мальчика следует рассматривать как особое болезненное аутистическое состояние.

Клиническое заключение. Структура дефекта в приведенном случае определяется сочетанием недоразвития познавательной деятельности с характерными для шизофрении симптомами, что и дает основание для диагноза шизофренического слабоумия.

Недоразвитие мышления у данного ребенка типично для шизофренического дефекта, поскольку оно характеризуется не только недоразвитием, как таковым, но и выхолащиванием мышления, оторванностью его от реальной действительности.

Начало заболевания с 5-летнего возраста и постепенное выявление интеллектуальной недостаточности по мере течения процесса также подтверждают диагноз шизофренического слабоумия.

Во вспомогательную школу следует направлять детей только с таким типом шизофренического слабоумия. В школе же дети должны находиться под особым наблюдением врача и педагога. Следует помнить, что у этих детей бывают изменения психического состояния, которые могут потребовать временного помещения в психиатрическую лечебницу.

Педагогу необходимо учитывать, что шизофреники плохо включаются в детский коллектив из-за страха перед другими детьми, наличия аутистических установок. Они нуждаются в помощи педагога, их часто приходится подбадривать, активизировать.

Педагог должен учитывать возможности возникновения немотивированных форм поведения и не смешивать их со стремлением ребенка нарушить дисциплину.

Правильный педагогический подход к этим детям благотворно сказывается на их развитии, что и обуславливает возможность овладения ими знаниями по программе вспомогательной школы.

ДЕТИ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ НАПРАВЛЕНИЮ
ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНУЮ ШКОЛУ

В предыдущих главах были описаны дети, которые в силу своего дефекта оказываются не в состоянии обучаться в массовой школе и подлежат обучению во вспомогательной школе.

В данной главе будут описаны и другие группы детей, которые, несмотря на имеющиеся у них особенности развития и плохую успеваемость, не являются умственно отсталыми и должны обучаться в массовой школе или в отдельных случаях помещаться в специальные учреждения (школы для детей с расстройствами слуха и речи, школы для нервных и физически ослабленных детей и т. д.).

Перед врачом, принимающим участие в работе медико-педагогической комиссии, стоит важная задача — правильно поставить диагноз, помочь выяснить причины особенностей развития неуспевающих детей, а также наметить лечебные и педагогические мероприятия, обеспечивающие их полноценное развитие.

Прежде всего необходимо выделить трудную для диагностики группу детей с временной задержкой развития. Она может быть в свою очередь разделена на ряд подгрупп: 1) дети с временной задержкой общего развития; 2) дети с цереб्रोастеническими состояниями (вторичная задержка развития в связи с функционально-динамическими нарушениями деятельности коры головного мозга); 3) дети с дефектами слуха и речи (вторичная задержка развития в связи с дефектами слуха и речи).

1. ДЕТИ С ВРЕМЕННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ ОБЩЕГО РАЗВИТИЯ

Как уже указывалось выше, под олигофренией мы понимаем те состояния после рано перенесенного поражения мозга, которые проявляются в значительном нарушении умственного развития ребенка.

Однако не всякое нарушение развития приводит к олигофрении. Отграничение олигофрении от сходных с нею состояний временных задержек развития представляет поэтому первоочередную задачу. Неуспеваемость детей в массовой школе может быть вызвана такими задержками развития, которые не имеют ничего общего с олигофренией. Остановимся на этих формах подробно.

Выше мы уже описали те случаи, когда в результате раннего органического поражения мозга (и в первую очередь мозговой коры) все умственное развитие ребенка существенно нарушается и он оказывается не в состоянии обучаться в массовой школе.

Значительные отличия представляют те случаи, при которых вследствие различных причин (недоношенность, токсикоз беременных, кровоизлияние в плод и т. д.) физическое и психическое развитие ребенка задерживается. Ребенок на длительное время застревает на том уровне, которым характеризуется дошкольный возраст, и продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов: не может легко включаться в школьную деятельность, воспринимать школьные задания и выполнять их. Такой ребенок в классе ведет себя так же, как и в обстановке игры в группе детского сада или в семье. Он оказывается неподготовленным к обучению начальным школьным навыкам и не овладевает, как его сверстники, письмом, чтением и счетом.

Отсутствие школьных навыков и интересов дает повод для смешения этой группы детей с детьми-олигофренами и неправильного направления их во вспомогательную школу. Однако, несмотря на некоторое внешнее сходство, многое отличает их от детей-олигофренов.

Отграничение этой группы детей от умственно отсталых представляет важную и трудную задачу. Общая временная задержка может быть обусловлена различными причинами, среди которых значительное место занимает нарушение питания при ранней дизентерии, диспепсии и дистрофии. Причинами нарушения темпа развития могут быть геморагии плода, токсикоз беременных, родовые травмы.

Однако уже изучение этиологических факторов дает основание наряду со сходством с олигофренией выявить ряд отличий. У детей с временной задержкой развития мы в некоторых случаях не отмечаем никакого видимого патологического фактора, вызвавшего такую задержку. В других случаях общая временная задержка развития отмечается после асфиксии, ранней диспепсии, дизентерии и дистрофии; в очень незначительном проценте случаев задержка развития отмечается после легких паразитарно-инфекционных энцефалитов. При олигофрении же внутриутробные, а также и постнатальные менинго-энцефалиты занимают одно из ведущих мест.

Тщательное исследование раннего развития детей с временной задержкой развития обнаруживает наряду со сходством с олигофренией ряд существенных отличий.

У олигофренов нарушение сложных функций движений и речи выявляется на протяжении всего хода развития, принимая на каждом возрастном этапе своеобразные формы. Тщательное изучение анамнестических данных детей с временной задержкой развития выявляет в раннем детстве задержку в развитии мото-

рики и речи; нарушение этих функций обычно почти полностью преодолевается в начале дошкольного возраста.

В физическом развитии также можно обнаружить наряду со сходством известное отличие детей с временной задержкой развития от детей-олигофренов. Как известно, у детей-олигофренов отклонения в физическом развитии выражаются не столько в недостаточном росте и весе, сколько в диспластическом строении скелета и особенно черепа. Физическая недостаточность детей с временной задержкой развития характеризуется главным образом малым весом и ростом. Эти дети по своим физическим особенностям часто напоминают детей более младшего возраста.

При исследовании центральной нервной системы у детей-олигофренов, так же как и у детей с временной задержкой развития, мы часто обнаруживаем легкую остаточную неврологическую симптоматику. Однако среди детей с временной задержкой развития относительно высок процент случаев, не имеющих никакой неврологической симптоматики.

Значительные отличия обнаруживаются и в особенностях моторики этих групп детей. У олигофренов даже при отсутствии грубых моторных расстройств отмечается недоразвитие наиболее сложных движений, преимущественно рук, и неумение выполнять движения по словесной инструкции. Движения олигофренов однообразны, невыразительны. Во время занятий по ритмике и при выполнении трудовых процессов дети обнаруживают крайнюю инертность. Видно, что им трудно переключаться с одного движения на другое, выполнять движения в условно воображаемой ситуации.

У детей с временной задержкой развития моторика обычно свободна, хорошо координирована, движения целенаправленны. На уроках ритмики они быстро выполняют нужные движения и легко переключаются с одного вида движения на другой. Лишь некоторые дети с временной задержкой развития отличаются тем, что их движения неуклюжи, медлительны. У некоторых можно видеть недоразвитие более тонких двигательных актов руки. Однако указанные дефекты их моторики не связаны с общей умственной отсталостью, как это наблюдается при олигофрении, поэтому они не затрудняются выполнить то или иное движение по словесной инструкции или произвести нужное движение в воображаемой ситуации.

Следовательно, дефекты их моторики являются следствием общего отставания в темпах развития и не могут расцениваться как результат органического дефекта двигательного анализатора (имеет место при органических поражениях соответствующих отделов коры головного мозга) или как результат нарушенной возможности осознавать дефекты своих движений и произвольно регулировать их (наблюдается при нарушении взаимодействия двух сигнальных систем, имеющем место при умственной отсталости).

Значительные отличия от детей с временной задержкой развития обнаруживаются и в других областях развития, в частности в произношении звуков и слогов, в недостаточности грамматического строя речи.

У детей с временной задержкой развития проявляются следующие основные особенности:

У детей с временной задержкой развития в возрасте 7-9 лет физиологическое развитие совпадает с теми же темпами, что и у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет.

Они гораздо лучше усваивают правила, обнаруживают грубые нарушения оборотов речи, как это имеет место у детей с временной задержкой развития.

У детей с временной задержкой развития в возрасте 7-9 лет физиологическое развитие совпадает с теми же темпами, что и у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет.

Они гораздо лучше усваивают правила, обнаруживают грубые нарушения оборотов речи, как это имеет место у детей с временной задержкой развития.

У детей с временной задержкой развития в возрасте 7-9 лет физиологическое развитие совпадает с теми же темпами, что и у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет.

Они гораздо лучше усваивают правила, обнаруживают грубые нарушения оборотов речи, как это имеет место у детей с временной задержкой развития.

У детей с временной задержкой развития в возрасте 7-9 лет физиологическое развитие совпадает с теми же темпами, что и у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет.

Они гораздо лучше усваивают правила, обнаруживают грубые нарушения оборотов речи, как это имеет место у детей с временной задержкой развития.

У детей с временной задержкой развития в возрасте 7-9 лет физиологическое развитие совпадает с теми же темпами, что и у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет.

Они гораздо лучше усваивают правила, обнаруживают грубые нарушения оборотов речи, как это имеет место у детей с временной задержкой развития.

У детей с временной задержкой развития в возрасте 7-9 лет физиологическое развитие совпадает с теми же темпами, что и у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет; запас знаний значительно богаче, чем у детей с временной задержкой развития в возрасте 4-5 лет.

Значительные различия между детьми-олигофренами и детьми с временной задержкой развития выступают и в речевой деятельности. Как мы видели выше, речь олигофренов бедна не только по словарному запасу; в ней очень часто можно отметить и другие дефекты, которые связаны с грубым органическим недоразвитием мозга. Сюда относятся в первую очередь дефекты произношения, указывающие на значительные нарушения анализа и синтеза артикуляционных движений; эти дефекты обычно недостаточно осознаются детьми-олигофренами и с трудом корригируются. Сюда относятся также значительные дефекты грамматического строя речи, которые сказываются в построении фраз.

У детей с временными задержками развития недостатки речи проявляются далеко не всегда; однако если они и имеются, то значительно отличаются от только что описанных форм.

Основные формы речевых дефектов, которые можно отметить у детей с временной задержкой развития (особенно в младшем возрасте — 7—9 лет), заключаются в признаках так называемого физиологического косноязычия: они нередко продолжают говорить с теми же дефектами артикуляции, как нормальные дети 4—5 лет; запас слов у детей с временной задержкой развития значительно богаче, чем у олигофренов; нередко они могут передавать содержание сказки или рассказа своими словами, не испытывая значительных трудностей в подборе слов и фраз и не обнаруживая грубых дефектов в грамматическом строе речи. Они гораздо лучше пользуются помощью руководителя, быстрее усваивают правильную артикуляцию звуков. Обычно они не обнаруживают грубых дефектов понимания тех или иных грамматических оборотов речи, общего смысла (или подтекста) высказывания, как это имеет место у детей-олигофренов.

У детей с временной задержкой развития есть много сходного с детьми-олигофренами в особенностях поведения. Как те, так и другие на первоначальных этапах обучения не понимают школьных требований, не подчиняются правилам школьной жизни, не проявляют заинтересованности в школьных занятиях; однако и здесь выступают различия, облегчающие дифференциальную диагностику.

Дети с временной задержкой развития не могут организовать своего поведения лишь в сложных условиях школьного обучения, но в противоположность олигофренам они более организованны и инициативны во время игровой деятельности, при выполнении самостоятельного рисунка, во время слушания сказок, рассказов и т. д. При временной задержке развития мотивы деятельности ребенка, который достиг уже школьного возраста и направлен в школу, по существу еще не изменились. Такой ребенок, будучи по возрасту школьником, по своему поведению остается еще дошкольником. Поэтому ребенок с задержкой развития может выполнить только то, что непосредственно связано с

его игровой деятельностью, с его игровыми интересами. Выполнять же задания, которые возникают под влиянием новых для него объективных условий (прежде всего в процессе обучения), он еще не может, потому что такие задания для него являются слишком отвлеченными.

Наибольшее сходство с олигофренами эти дети обнаруживают на первоначальных этапах обучения грамоте и счету.

Дети с временной задержкой развития иногда после года обучения в I классе не выучивают букв и особенно затрудняются в письме и счете; однако наряду с этим такой ребенок может дать хороший рисунок. Во время рисования они бывают достаточно активными, инициативными, все их движения хорошо организованы; во время письма и при выполнении других школьных заданий они не только вялы, апатичны и утомляемы, но и крайне непродуктивны. При сравнении хорошо выполненных рисунков с образцами письма элементов букв, крайне плохо оформленных, особенно отчетливо видно, что затруднения в овладении письмом связаны не с моторной недостаточностью или с нарушением внимания, а с тем, что ребенок еще не готов к отвлеченной школьной деятельности, требующей формирования особых мотивов. Непроductивность детей с временной задержкой развития в школьном обучении дает обычно повод для неправильного зачисления их в категорию умственно отсталых.

Особенно отчетливая разница между олигофренами и детьми с временной задержкой развития обнаруживается при исследовании их познавательной деятельности. У детей-олигофренов резкое отклонение в познании окружающей действительности легко выявляется в неумении осмыслить предложенную им сюжетную картинку, понять смысл легкого рассказа, сказки. Дети с временной задержкой развития, оставаясь неуспевающими учениками в школе и не приобретая к концу года подчас почти никаких прочных школьных навыков, могут, однако, понять смысл прочитанной им сказки, рассказа, разложить в должной последовательности серию предложенных им картинок, понять смысл сюжетной картинки, т. е. установить нужные смысловые связи.

У некоторых детей с временной задержкой развития может иметь место заметное снижение познавательной деятельности; это особенно затрудняет отграничение их от олигофренов. Однако при тщательном исследовании можно обнаружить, что эти дети в отличие от олигофренов при незначительной помощи начинают хорошо выполнять предложенное им задание.

Итак, отличие детей с общей временной задержкой развития от детей-олигофренов определяется двумя особенностями. У детей с временной задержкой развития трудности в овладении элементарной грамотой и счетом сочетаются с относительно хорошо развитой речью, значительно более высокой способностью к запоминанию стихов и сказок и с более высоким уровнем развития познавательной деятельности. Такое сочетание для олигофренов

не характерно. Далее, дети с временной задержкой развития всегда обнаруживают возможность использовать оказанную им в процессе работы помощь, усваивают принцип решения задания и переносят этот принцип на выполнение других сходных задач. Это показывает, что они обладают полноценными возможностями дальнейшего развития: то, что во время специального, экспериментального обучения они сегодня могут выполнять только с помощью педагога, завтра они начнут делать самостоятельно. Длительные наблюдения, проведенные нами над детьми с временной задержкой развития, показали, что именно умение использовать оказанную помощь и осмысленно применять усвоенное в процессе дальнейшего обучения приводит к тому, что через некоторое время эти дети оказываются успевающими учениками массовой школы.

Таким образом, особенности развития этих детей резко отличаются их от детей-олигофренов. Приведем пример:

Рая М., 8 лет. Поступила в детский психоневрологический санаторий с жалобами на плохую успеваемость в школе, отсутствие интересов к школьным занятиям, повышенную утомляемость, плохой сон. Девочка от пятой беременности, родилась на восьмом месяце без ногтей и волос. Раннее развитие протекало с незначительной задержкой. С трех до шести лет посещала детский сад, где воспитатели жаловались на ее двигательное беспокойство и неумение играть с детьми своего возраста. Школу начала посещать с 8 лет. С первых дней пребывания в школе выявилась неспособность подчиняться требованиям школьного режима. Девочка была взята семьей из школы через полгода. При обследовании обнаружено, что по физическому развитию Рая отстает от своего возраста: мала ростом, физически ослаблена. Со стороны нервной системы отмечается постоянный горизонтальный нистагм, экзофтальм слева, ослабление иннервации левого угла рта; коленные рефлексы слева выше, чем справа, намек на рефлекс Оппенгейма с двух сторон. Следовательно, у девочки имеется органическая симптоматика резидуального характера, с преобладанием левосторонних симптомов.

Психическое состояние. Ряд особенностей общего поведения Рая указывает на выраженную инфантильность. С первых дней девочка двигательнo беспокойна, расторможена. Во время игр и внешкольных занятий оживлена, хорошо ориентируется в окружающем, с легкостью выполняет взятую на себя в игре роль, инициативна, придумывает различные игры, хорошо их организует. Может по заданию выполнить рисунок или сама придумать тему рисунка. Девочка остается достаточно организованной в своем поведении при слушании сказок, рассказов. Речь Рая развита нормально; словарный запас достаточен, она может передать содержание легкого рассказа, понять смысл сказки, сюжетной картинки.

Совершенно иное поведение девочки в классе: к школьным занятиям не проявляет никакого интереса; внимание крайне неустойчиво; она вертится на парте, задевает соседей, задает посторонние вопросы, отвечает необдуманно. Во время школьных занятий быстро устает, бывает расторможена, шумит, говорит капризным тоном, пристаёт к детям. Уровень школьных знаний и навыков девочки очень низкий: она запомнила только пять букв, читать не умеет, пишет лишь элементы букв, строки не соблюдает; владеет прямым счетом до 50, обратным счетом не владеет. Складывает и отнимает в пределах десяти с помощью пальцев. Трудности в овладении чтением, письмом сочетаются с хорошо развитой речью, с правильным грамматическим строем речи, с легкостью запоминания стихотворений и сказок. Индивидуальная педагогическая помощь, оказанная Рае (первоначальные навыки грамоты и счета прививались

си в процессе игровой деятельности), дала положительные результаты и обнаружила умение девочки хорошо использовать помощь педагога.

Сведения, полученные нами через год, показали, что она стала вполне успевающей ученицей в массовой школе.

Клиническое заключение. У Раи в силу перенесенного легкого внутриутробного поражения центральной нервной системы наблюдался замедленный темп развития. При рождении это вывилось в отсутствии ногтей и волос, в раннем возрасте — в некоторой задержке ходьбы и речи. Наиболее отчетливо отставание в развитии вывилось к началу школьного возраста, когда девочка еще не созрела для обучения. Эта незрелость проявилась в особенностях поведения: в неумении подчиняться требованиям школьной дисциплины и в отсутствии выраженных школьных интересов. Именно эти особенности и послужили причиной ее неуспеваемости на первоначальных этапах обучения в школе. Состояние временной задержки развития характеризовалось тем, что затруднения в обучении сочетаются у Раи с достаточным уровнем развития способности к отвлечению и обобщению.

При правильно организованной педагогической помощи девочка смогла в дальнейшем обучаться в массовой школе.

При временной задержке развития могут быть различные степени выраженности этой недостаточности. При более легких степенях задержки развития уже у детей 8-летнего возраста в поведении отмечается сочетание черт, свойственных дошкольному возрасту, с чертами, характерными для детей школьного возраста. В поведении такого ребенка, наряду с инфантильными чертами при усложнении ситуации, выявляется возможность более осознанного отношения к школьным требованиям и умение подчинять им свое поведение. Организованная индивидуальная помощь приводит к значительному улучшению состояния такого ребенка. Если бы педагоги массовой школы правильно оценивали этих детей и своевременно оказывали им необходимую помощь, то можно было бы в ряде случаев избежать вторичности.

Приведем пример:

Коля Н., 9 лет. Поступил в детский психоневрологический санаторий с жалобами на отсутствие интереса к школьным занятиям, повышенную утомляемость, головные боли.

Ребенок от второй беременности, родился слабым. В раннем детстве перенес ряд инфекций. Раннее развитие без резко выраженной задержки. С 3 до 5 1/2 лет посещал детский сад, где отмечались его излишняя подвижность, крайняя непоседливость, затруднения при заучивании стихов, неумение слушать рассказы и сказки. Школу начал посещать с 7-летнего возраста, где с первых дней обучения выявились трудности в овладении программным материалом; школьных интересов у Коли не было.

При обследовании физического состояния мальчика обнаружена резкая задержка физического развития, слабое развитие скелета и общая соматическая ослабленность.

Со стороны нервной системы отмечается лишь легкий левосторонний гемисиндром (с соответствующим преобладанием рефлексов с левой стороны). Мальчик маленького роста инфантильного телосложения, производит впечатление ребенка более младшего возраста.

Психическое состояние. В классе мальчику трудно сидеть спокойно: он вертится, смотрит по сторонам, встает со своего места.

Помимо двигательной расторможенности, Коля очень болтлив, во все вмешивается, по всякому поводу делает свои замечания с детской непосредственностью, простотой и живостью. Коля еще не учитывает ситуацию, а потому

в присутствии взрослых держится очень чуждо, непрямо, непосредственно, по-детски. Но вместе с тем у него уже появляются элементы более выраженного отношения к ситуации и осознания ее. Так, например, когда ему пришлось быть на конференции в присутствии большого числа людей, он был значительно собраннее и организованнее, чем обычно.

Мальчик не смущается по поводу плохих отметок, не понимает, почему он должен в классе сидеть спокойно. В классе он так же прост и непосредствен, как и вне его. Он не осознает себя школьником, его больше привлекает игровая деятельность. В игре он активен и инициативен.

При обследовании познавательной деятельности мальчика выявился достаточный уровень его интеллектуальных возможностей. Он легко осмысляет содержание предложенной ему сюжетной картинки, но в своем рассказе вносит элемент фантазии, вплетает ряд побочных связей, что характерно для ребенка более младшего возраста. Во время опытов с обобщением наглядных картинок Коля может правильно выделить неподходящую картинку из четырех предложенных и дать обобщенное название остальным трем. Понимание смысла и содержания прочитанных ему рассказов и сказок его не затрудняет. Уровень школьных знаний и навыков очень низок: он знает все буквы, но слияние их его затрудняет. Письмо Коли — это набор букв с пропуском гласных. Однако его собственное письмо и чтение сочетаются с хорошо развитой устной речью. Владеет прямым счетом до 30, обратным — нет. Арифметические действия, даже в пределах первого десятка, ему недоступны.

Наиболее характерной особенностью мальчика является то, что он легко использует оказанную ему помощь и быстро осмысляет требуемое. Когда, например, ему было предложено различить две группы палочек — 3 и 5 — и сказать, где больше и на сколько, он смог указать, где больше, но не смог ответить на другой вопрос — на сколько больше? Иными словами, мальчик еще не овладел системой арифметических приемов, нужных для получения разностных отношений. Применение специального приема, указывающего на разность количеств, сразу было схвачено Колей, и он легко стал давать верные ответы количеств в их разных комбинациях. Все это показывает, что мальчик легко использует оказанную ему помощь.

За два месяца пребывания Коли в специальном санатории правильный педагогический подход и лечебные мероприятия настолько стимулировали его развитие, что у него созрели школьные интересы, появились новые мотивы деятельности. К концу пребывания в санатории он мог выполнить доступное ему задание в школьной обстановке.

Клиническое заключение. Задержка развития мальчика, по-видимому, связана с нарушением внутриутробного развития; ребенок родился слабым, с малым весом. Перенесенные в раннем детстве инфекционные заболевания не могли не отразиться на его дальнейшем развитии. Задержка развития в дошкольном возрасте проявилась в том, что он не умел слушать сказок, запоминать стихов, а в школьном возрасте — в полной невозможности овладеть знаниями и навыками по программе первого года обучения.

Опирающаяся на знание особенностей ребенка, правильная индивидуальная помощь педагога привела к значительному развитию мальчика.

Совершенно естественно, что в основе описанных выше черт психического развития детей данной группы, резко отличающихся от детей-олигофренов, лежат особенности их высшей нервной деятельности.

При олигофрении высшая нервная деятельность отличается слабостью раздражительного процесса, значительными дефектами внутреннего торможения, грубой инертностью нервных процессов и, наконец, грубыми дефектами во взаимодействии двух сигнальных систем. У детей с задержками развития указанных особенностей высшей нервной деятельности не обнаруживается.

У всех этих детей эксперимент показал полную сохранность замыкательной деятельности. Процесс возбуждения у них достаточно сильный, но вместе с тем иногда отмечается диффузный характер возбуждения, склонность к иррадиации. Нередко наблюдается некоторое относительное преобладание возбуждательного процесса над тормозным. Во всех случаях экспериментальное влияние слабости активных форм торможения. Дети под влиянием небольших нагрузок приходили в состояние повышенной возбудимости и реагировали положительно на многие тормозные сигналы. Однако, в отличие от олигофренов, включение речевых реакций у этих детей изменяло характер протекания нервных процессов и способствовало концентрации процессов возбуждения, укрепляло тормозную функцию коры. Во время экспериментов дети с задержками развития, в отличие от олигофренов, могут дать полный правильный словесный отчет о воспринятых сигналах, о характере связей между сигналами и о своих двигательных реакциях на сигналы.

Итак, мы видим, что у этой группы не наблюдается грубой патологии высшей нервной деятельности. По особенностям нейродинамики они ближе всего подходят к детям дошкольного возраста. Особенности клинической картины и нейродинамики говорят в этих случаях лишь о нарушении темпа развития, который со временем и при соответствующей педагогической помощи нормализуется. Во всех таких случаях нет грубых патологических процессов, делающих работу мозговой коры неполноценной.

Среди детей с временной задержкой развития могут наблюдаться отдельные случаи с более выраженными функционально-динамическими нарушениями корковой деятельности. В патогенезе этих случаев значительно большую роль играют воспалительные процессы, приводящие к нарушению крово- и ликворобращения в мозге. Дополнительные неврологические симптомы в виде головокружений, головных болей, изредка отдельных психосенсорных нарушений, непостоянство некоторых неврологических симптомов указывают на наличие нарушений ликворо- и кровообращения.

На фоне задержанного развития у таких детей отмечается преобладание тормозного процесса. В результате дети вялы, пассивны, астеничны, утомляемы, часто жалуются на головные боли, головокружения. Неудачи в обучении нередко приводят к возникновению у них ряда невротических реакций в виде энуреза, заикания, тиков; нередко неуспехи в обучении ведут к конфликтам, которые остро переживают дети. Все это, вместе взятое, еще больше снижает продуктивность таких детей в процессе обучения.

Исследование высшей нервной деятельности этих детей вскрывает патофизиологический механизм такого состояния. Процесс возбуждения оказывается у них очень слабым, быстро истощается, что приводит к преобладанию внешнего торможения. Однако

у этих детей, в отличие от детей-олигофренов, во взаимодействии двух сигнальных систем не обнаруживается грубых нарушений и речь оказывает регулирующее, организующее влияние на протекание высших нервных процессов.

Такие случаи задержки развития также трудно бывает отграничить от олигофрении. При изучении их следует опираться на ранее указанные диагностические критерии. Учитывая астенические особенности таких детей, их необходимо временно отправлять в оздоровительные учреждения (типа санатория для нервных детей).

Не меньшие трудности в дифференциально-диагностическом отношении представляют виды задержек развития, при которых нарушения нейродинамики характеризуются преобладанием процесса возбуждения над торможением. Уже с самого раннего детства у детей наряду с задержкой темпа их общего развития выявляется постоянная повышенная возбудимость. С первых дней пребывания такого ребенка в детском саду он обращает на себя внимание не только инфантильными чертами поведения, но и значительной общей расторможенностью, которая мешает ему включаться в игровую деятельность. Именно эти черты могут маскировать относительную сохранность доступных ребенку умственных операций.

В школьной обстановке такие дети бывают особенно трудны. Они не подчиняются дисциплине, не понимают школьной ситуации, во время урока могут затеять игру, превратив свои учебные пособия в игрушки. Пребывание в большом школьном коллективе нередко ухудшает состояние такого ребенка. Усиливается общее возбуждение, нарастает утомление, обостряются головные боли. Наблюдаются случаи, когда таких детей ошибочно направляют для обучения во вспомогательную школу.

У этой группы выявляются симптомы, свойственные всем детям с временной задержкой развития. Однако преобладание возбуждательного процесса, его склонность к иррадиации и недоразвитие коркового торможения усиливают ряд основных симптомов и выявляют некоторые добавочные. Дети этой группы остаются возбужденными и беспокойными не только в процессе школьного обучения, но и в игровой деятельности. Однако, в силу того что у них отчетливо выявляется преобладание дошкольных интересов, в процессе школьных занятий они бывают особенно непродуктивными. Сочетание повышенного возбуждения, плохого внимания с отсутствием школьных интересов в большой мере затрудняет обучение их первоначальной грамоте.

Приведем пример такой формы задержки развития:

Оля Ф., 8 лет, ученица I класса вспомогательной школы. Жалобы: плохая успеваемость, повышенная возбудимость, болтливость, крайнее снижение внимания, отсутствие интереса к школьным занятиям. Повышенная утомляемость, приступообразные головные боли.

Ребенок от первой беременности, которая протекала в тяжелых условиях войны. У матери во время беременности отмечалось падение сердечной деятельности. Роды преждевременные.

Девочка родилась недоношенной, без волос и ногтей, находилась два месяца в отделении для недоносков.

В раннем детстве у девочки долго не налаживалось пищеварение. Отмечались явные признаки дистрофии.

Раннее развитие девочки с незначительной задержкой.

С двух до трех лет Оля находилась в яслях, где была отмечена ее излишняя подвижность и общее беспокойство. С трех до семи лет девочка посещала детский сад, где с первых дней пребывания обратила на себя внимание повышенной возбужденностью и двигательной расторможенностью; не подчинялась режиму детского сада и не включалась в общую игру.

С семи с половиной лет Оля начала посещать массовую школу, где с первых же дней пребывания обнаружился ряд трудностей в ее поведении. Она не подчинялась требованиям школьного режима. Во время уроков играла, ела, выходила из классной комнаты, разговаривала с девочками. У нее ухудшилось общее физическое состояние, усилились головные боли, и матери через пять месяцев было предложено взять девочку из школы.

По физическому развитию резко отстает от возраста и напоминает ребенка-дошкольника.

Со стороны нервной системы отмечается легкий остаточный левосторонний гемипарез.

Ряд симптомов в виде развитой сети венозных сосудов под кожей лба, висков, головные боли, иногда сопровождающиеся рвотой, двусторонний симптом Бабинского, возникающий при активных движениях и физических напряжениях, дают право предполагать наличие явлений гидроцефалии.

Психическое состояние. По особенностям поведения Оля выделяется на фоне всего класса. Обычно у нее преобладает возбужденное состояние. Она много говорит, на все реагирует, задает вопросы, не выслушивая при этом ответов на них. Особенно резко ухудшается поведение девочки вне класса: она становится еще более беспокойной и развязной, стремится все превратить в игру. В поведении крайне непосредственна. Временами сюсюкает, хнычет и плачет, как маленький ребенок. Совершенно иначе Оля ведет себя в игровой ситуации. Здесь она инициативна, продуктивна, сосредоточенна, оживлена. Оля внимательно слушает сказки и рассказы. Речь девочки хорошо развита. Словарный запас богат. Она может передать содержание достаточно сложного рассказа, понять смысл сказки, сюжетной картинки.

К школьным занятиям девочка не проявляет никакого интереса, поэтому на уроках ее расторможенность особенно резко нарастает. При выполнении любого задания девочке очень мешает возникновение ряда побочных ассоциаций, которые уводят ее от решения поставленной перед ней задачи.

Однако если девочку удастся организовать, то она может на достаточно высоком для ее возраста уровне решить предложенное задание.

Уровень школьных навыков и знаний у девочки очень низкий. Она знает десять букв и часто путает их, не овладела чтением, с трудом с помощью пальцев производит вычитание и сложение в пределах первого десятка, давая часто случайные и необдуманные ответы.

Наблюдение за этой девочкой выявило значительный сдвиг в ее развитии в течение первого года обучения; у Оли созрели школьные интересы; она овладела школьными навыками, научилась подчинять свое поведение требованиям учителя, значительно продвинулась в развитии своей познавательной деятельности и успешно обучается в школе.

Клиническое заключение. У Оли можно предположить нарушение внутриутробного развития. С первых дней жизни ребенка выявляется преобладание возбужденного состояния, которое проходит красной нитью через все этапы развития девочки. Особенно отчетливо отставание в ее развитии выявилось к началу школьного возраста, когда она и по интересам, и по особенностям своего поведения еще совсем не созрела для школьного обучения.

За полгода обучения в школе девочка не овладела элементами грамоты, что и стало поводом врачу неправильно ставить диагноз — олигофрению. Этому способствовало и наличие остаточной неврологической симптоматики.

Девочка направлена в массовую школу.

Неуспеваемость таких детей в школе и неправильное поведение сближают их с детьми-олигофренами. Но наряду со сходством и в данном случае имеется ряд отличительных признаков.

Первое, что отличает этих детей от детей-олигофренов, — это значительно более высокий уровень развития речи как в отношении грамматического строя, так и словарного запаса.

Вторая отличительная особенность — более высокий уровень способности к отвлечению и обобщению. Характерно, что эти дети могут относительно хорошо использовать оказанную им помощь. Поэтому при умелой организации поведения от них можно получить значительно большую продуктивность в школьном обучении и ставить вопрос о переводе их в массовую школу.

Все только что сказанное позволяет прийти к некоторым общим выводам.

При постановке диагноза олигофрении, а также в дифференциально-диагностических целях необходимо учитывать ряд симптомов и оценивать структуру нарушения развития в целом. Ни один симптом, взятый сам по себе, вне связи с другими, не может считаться надежным дифференциально-диагностическим признаком, особенно при отграничении олигофрении от задержек развития.

Как это было показано выше, и в особенностях физического состояния, и при оценке остаточных неврологических симптомов, и при анализе успеваемости, особенностей поведения, продуктивности в обучении у детей с временной задержкой развития имеется много сходного с олигофренией. Лишь учет особенностей сочетаний одних симптомов с другими может служить более надежным дифференциально-диагностическим критерием. Как было указано, сочетание плохой успеваемости с хорошо развитой речью и относительно достаточным уровнем развития способности к отвлечению и обобщению является наиболее характерным именно для задержки развития и никогда не встречается при олигофрении.

Обоснованная постановка диагноза с привлечением всех данных о ребенке с тщательной дифференциальной диагностикой значительно снижает количество диагностических ошибок.

Детей с временной задержкой развития, как правило, не следует направлять для обучения во вспомогательную школу. В более легких случаях своевременное распознавание указанного состояния, оказание ребенку нужной педагогической помощи дают в дальнейшем полную возможность обучаться по программе массовой школы.

В осложненных случаях эти дети нуждаются во временном пребывании в оздоровительных учреждениях типа лесной школы (детский психоневрологический санаторий), где необходимо проводить тщательную педагогическую работу (с учетом индивидуальных особенностей) и ряд лечебных мероприятий.

В отдельных случаях, когда ребенок достиг уже школьного возраста, но по уровню развития не может еще обучаться в школе, его целесообразно задержать на некоторое время в детском саду.

2. ДЕТИ С ЦЕРЕБРОАСТЕНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Среди ошибочно направляемых в медико-педагогические комиссии нередко попадают дети с цереброастеническими состояниями.

Церебральная астения является одной из наиболее частых форм реакции нервной системы на различные вредности.

Церебральная астения может возникнуть в связи с резко выраженной соматической ослабленностью, но чаще эти состояния в детском возрасте возникают вследствие травматических и воспалительных поражений центральной нервной системы.

В основе церебральной астении лежат функционально-динамические нарушения высшей нервной деятельности, грубые же морфологические изменения обычно отсутствуют. Эти функционально-динамические нарушения обуславливаются изменением ликворо- и кровообращения и приводят к слабости корковой клетки.

Нарушение высшей нервной деятельности при подобных состояниях характеризуется слабостью основных нервных процессов, быстрым переходом самой нервной клетки в состояние предельного торможения. Особенно отчетливо при этих состояниях выявляется слабость процессов активного коркового торможения, что неизбежно приводит к иррадиации основных нервных процессов и обуславливает непрочность следов раз образованных связей. Понятно, что в случаях с церебральной астенией особенно трудно формировать и сохранять сложные функциональные системы, что и создает трудности в процессе обучения этих детей в массовой школе.

Понятно, что характер указанных функционально-динамических нарушений и степень их выраженности будут разными в зависимости от этиологии и интенсивности самого болезненного процесса.

Соматогенная астения возникает вследствие общей соматической ослабленности ребенка. Отмечается повышенная утомляемость. Дети могут хорошо работать на первом, втором уроке, но обычно истощаются к третьему уроку и оказываются уже совершенно неспособными к концу четвертого урока. У этих детей имеются выраженные интересы к школьным за-

наниям, нет грубых пробелов в знаниях, но они плохо удерживают усвоенный материал, затрудняются в пересказе прочитанного материала. Помощь педагога, а главное, правильный индивидуальный подход обычно легко компенсируют их состояние. Эта группа детей нуждается во времени пребывания в санаториях общеоздоровительного типа и редко дает повод для направления их в медико-педагогические комиссии по отбору детей во вспомогательные школы.

Повод для неправильной диагностики (смешения с детьми-олигофренами) дают дети с более выраженной формой церебральной астении травматического или воспалительного происхождения.

Именно поэтому мы в данном разделе более подробно остановимся на описании этих форм.

В клинической картине астенических состояний основным симптомом является раздражительная слабость, которая нередко протекает при головных болях, головокружениях, обморочных состояниях.

У этой группы детей отмечаются невыносимость и повышенная чувствительность к резким звукам, запахам, температурным колебаниям. Нередко имеются указания на беспокойный сон, пониженный аппетит, общую повышенную утомляемость и истощаемость.

Поведение таких детей характеризуется повышенной возбудимостью, плаксивостью: у них нередко проявляется наклонность к аффективным разрядам. В других случаях дети вялы, пассивны, двигательнo заторможены. Во время школьных занятий они безучастно сидят, не слушают и не слышат того, что происходит в классе; иногда во время урока начинают заниматься посторонними делами, перебирают что-то у себя в парте, задевают соседей, разговаривают.

Во время школьных занятий особенно отчетливо проявляется повышенная отвлекаемость и крайняя забывчивость этих детей. Такой ребенок часто не может удержать в уме легкого арифметического примера, условия задачи, продиктованной ему фразы; оказывается не в состоянии выучить грамматическое правило, стихи, таблицу умножения. В силу того что эти дети плохо фиксируют свое внимание на заданиях, плохо удерживают проработанный материал, теряя его отдельные элементы, они обнаруживают значительные пробелы в школьных знаниях и часто не приобретают определенной системы знаний, столь необходимой для успешного обучения в школе. Наличие пробелов в знаниях неизбежно ведет к еще большему снижению их продуктивности в обучении.

Все это делает понятным, почему такие дети оказываются в числе неуспевающих учеников и часто бывают второгодниками.

Основной симптом астенических состояний (раздражительная слабость) отчетливо проявляется в тех затруднениях, которые

они испытывают в процессе школьного обучения. Клиническое изучение этой группы детей выявило на фоне относительно сохранной познавательной деятельности грубое снижение работоспособности, которое проявляется при выполнении любых заданий. Как правило, у них нет специальных нарушений в слуховой, зрительной или двигательной сфере, но при выполнении любых заданий они наряду с правильными ответами могут дать и ошибочные. Они плохо запоминают буквы, часто читают по догадке, допускают в письме разнообразные ошибки.

Основные ошибки в письме связаны с их плохим вниманием. Именно поэтому они часто недописывают слова, удваивают буквы, слова, допускают перестановки букв или слогов в слове, слов в предложении. Еще в большей степени они затрудняются в овладении основными приемами счета, особенно счета в уме; не меньшие трудности испытывают при решении арифметических задач: плохо удерживают в памяти условия задачи, теряют отдельные элементы ее.

Отличительной особенностью цереброастенических состояний является их крайняя динамичность, неустойчивость, изменчивость.

Характер выполнения того или иного задания зависит от общего состояния ребенка. Так, при малейшем утомлении они не могут справиться с самым легким и доступным для них заданием, после сна и отдыха могут выполнять и более сложные задания; продуктивность колеблется также в зависимости от условий, в которых протекает их деятельность. Во время индивидуальных занятий при правильном педагогическом подходе продуктивность работы их резко повышается и, наоборот, в обстановке класса продуктивность работы резко снижается, в особенности если педагог не осуществляет правильного индивидуального подхода к ребенку.

Колебания в работоспособности приводят к неравномерности ответов. Так, например, наряду с ошибочным письмом дети могут дать и правильное. Иногда в одной и той же письменной работе может быть правильно написана более трудная фраза и неправильно написана более легкая фраза. Бывает, что недоступной оказывается сравнительно более легкая задача.

Снижение работоспособности у детей с цереброастеническими состояниями выявляется на фоне сохранной личности. Дети осознают свои затруднения в обучении и тяжело переживают неуспехи. Тяжелые переживания в свою очередь еще более снижают продуктивность в обучении.

Приведем наблюдения, иллюстрирующие эти положения:

Сережа К., 10 лет. Поступил в детский психоневрологический санаторий с жалобами на плохую успеваемость, повышенную утомляемость, приступообразные головные боли, беспокойный сон.

Ребенок от третьей беременности, которая протекала нормально. В грудном возрасте развивался правильно. В 9 месяцев перенес корь в легкой форме.

Начало заболевания связано с падением. В 11 месяцев он упал с кровати, ударился затылком, вскоре после падения отмечена кратковременная потеря сознания, затем он уснул. После сна сознание вернулось, но появились позывы на тошноту. С этими явлениями мальчик был помещен в больницу и оттуда через две недели был выписан с диагнозом «сотрясение мозга».

После перенесенного заболевания отмечалась небольшая задержка развития. Ходьба — к концу второго года, в 2½ года — первые слова.

Воспитывался дома. Временами был беспокоен, раздражителен, чаще вял и пассивен. Уже в дошкольном возрасте отмечались приступообразные головные боли, повышенная раздражительность, временами нелепый смех. В 8 лет был стационаризован в детском отделении больницы им. Соловьева, где ему с терапевтической целью была сделана спинномозговая пункция, после чего наступило некоторое улучшение в его состоянии.

В 8 лет мальчик начал посещать школу, где с I класса выявились трудности в обучении. Во II классе остался на второй год. На третьем году обучения встал вопрос о переводе мальчика во вспомогательную школу.

По физическому развитию отклонений от нормы не отмечается.

Нервная система. Зрачки недостаточно реагируют на свет. Конвергенция не удается. Правое глазное яблоко отходит кнаружи. Нистагмодрифта; носо-губная складка опущена. Язык беспокоен. Координационные пробы удовлетворительны. Сухожильные рефлексы резко повышены, слева выше, чем справа. Разгибательный подошвенный, непостоянный справа и слева.

Электроэнцефалографическое исследование: альфа-ритм неравномерный, регистрируется преимущественно в затылочных областях. В темных и лобных областях медленные волны перемежаются с бета-ритмом. Медленные патологические волны типа дельта-волн отсутствуют.

Настройка на быстрые световые мелькания отсутствует. Данные электроэнцефалографии указывают на разлитые отклонения электрической активности мозга от нормы.

Психическое состояние. В первое время пребывания в санатории мальчик был вялым, пассивным, крайне утомляемым; часто жаловался на головную боль и головокружение. С детьми общался мало, на прогулке старался держаться в стороне от них.

Во время классных занятий как бы только присутствовал, не включаясь ни в какие занятия, не проявляя ни в чем никакой активности. Вскоре на фоне общей вялости возникли состояния повышенной возбудимости, во время которых он бегал, кричал, смеялся, возился с детьми, но эти состояния возбуждения вновь легко сменялись состоянием вялости и пассивности.

В процессе школьного обучения выявился крайне низкий уровень знаний и умений. Характерно, что ответы мальчика носили неравномерный характер: иногда более трудное задание оказывалось доступным, а более легкое вызывало состояние растерянности. Мальчик совершенно не справлялся со счетом в уме, не удерживал даже примера из двух элементов. Не смог удержать условия задачи в уме даже после пятикратного повторения.

Мальчик не мог передать содержания рассказа в известной последовательности, часто терял отдельные элементы рассказа либо влетал ряд дополнительных ассоциаций, не имеющих к рассказу отношения. В письме под диктовку, равно как и при списывании, допускал разнообразные ошибки и поэтому часто удваивал буквы, слоги, слова, недописывал слова, перемещал буквы (сливал два слога в один). Приведем примеры замен: «к к матери» (к матери), «сколоченик» (склонение), «схватила» (схватила), «классная» (классная), «ветерок роябит» (ветерок рябит), «25 дектан» (25 декабря диктант) и т. д.

Мальчик часто выходит за пределы данного ему задания. Эти особенности выявляются уже во время клинической беседы, когда он на поставленный вопрос дает хаотический, расплывчатый ответ, включая ряд побочных ассоциаций.

Так, на вопрос: «Как тебе живется в санатории?» — он отвечает: «Хорошо, когда приходила мама. У нас была собака, сейчас повзвильная, беленькая, маленькая, мама рассказывала».

Все эти особенности выявляются на фоне относительно сохранный уровня развития познавательной деятельности. Мальчик без труда может понять сложный литературный текст, где имеется внутренний смысл, или сделать самостоятельный вывод из прочитанного рассказа. Ему доступно понимание метафор: «золотая голова» — это умная голова, «золотые руки» — это руки, которые делают какие-нибудь хорошие и диковинные вещи. Он понимает смысл пословиц: «Не в свои сани не садись» и др.

Ему доступно решение сложной арифметической задачи, если мальчику удается на ней сосредоточиться.

За время наблюдения значительно улучшилось состояние мальчика. У него постепенно восстановилась работоспособность. Вначале появилась некоторая активность. Он стал поднимать руку и пытаться отвечать. Иногда, поднявшись с места для ответа, вдруг забывал то, что ему нужно было рассказать, или же торопился и давал неверные, неловкие ответы. Затем все чаще стали появляться ответы более обдуманные. Постепенно восстановилась способность удерживать в уме предложенные ему пример, рассказ, условие задачи. Значительно повысилась общая продуктивность в работе. В поведении мальчик стал более организованным и активным.

Мальчик достаточно эмоционален — пишет домой очень теплые письма, интересуется всеми домашними событиями и спрашивает о здоровье своих родных с большими подробностями и теплотой. Временами очень скучает о доме.

Мальчик критически относился к своим затруднениям в обучении, болезненно переживал неуспехи.

За время пребывания в санатории заметно улучшилось общее состояние мальчика, повысилась его успеваемость.

Клиническое заключение. Основными симптомами в данном случае являются повышенная истощаемость и сниженная работоспособность, что сказалось на всех особенностях ребенка. Исследование мальчика показало, что сниженная работоспособность выступает на фоне относительно сохранный познавательной деятельности и при отсутствии грубых нарушений в пределах того или другого анализатора. В основе изменений личности мальчика и снижения его работоспособности лежит глубокая церебральная астенция.

Основным этиологическим фактором церебральной астенции следует считать перенесенную в 11-месячном возрасте травму головы, которая в отдаленной стадии характеризовалась наличием ликворных и сосудистых нарушений. Доказательство того, что ликворные нарушения являются важным патогенетическим фактором в данном случае, мы видим в повышении ликворного давления при спинномозговой пункции, а также и в приступообразных головных болях гипертензионного характера.

Специальные исследования высшей нервной деятельности обнаружили у мальчика слабость возбудительного процесса, склонность возбудительного процесса к иррадации, слабость всех видов активного торможения. При общей слабости возбудительного процесса процесс возбуждения преобладает над процессом торможения. Активное торможение очень слабо. Срывы всегда идут в сторону возбуждения. После приема кофеина (0,02 внутрь) процесс возбуждения усиливается, широкая иррадиация его снижается.

К концу пребывания ребенка в санатории обнаружили заметные сдвиги: образование связей стало более быстрым, они стали более прочными, улучшилось отражение связей во второй сигнальной системе. Иррадиация возбуждения стала меньше.

Характерные для ребенка нарушения высшей нервной деятельности (а именно нарушения баланса между основными нервными процессами) находят свое выражение в особенностях поведения и деятельности мальчика. Именно в силу этого фактора ребенок бывает то расторможен, двигательно беспокойен, возбужден, то пассивен, аспонтанен, вял, непродуктивен, утомляем.

Данное состояние следует диагностировать как цереброастенический синдром травматической этиологии.

Цереброастенический синдром может возникнуть и в результате перенесенного ребенком воспаления мозга и оболочек.

Именно поэтому мы приводим еще одно наблюдение:

Вася Г., 13 лет. Поступил в санаторий для нервных детей с жалобами на плохую успеваемость, сниженную память и повышенную утомляемость. Ребенок от четвертой беременности, которая протекала благополучно и закончилась срочными родами. В прудном возрасте был спокойным.

В 1 год 1 мес. мальчик перенес какое-то заболевание неясной этиологии, которое при высокой температуре сопровождалось легкими менингеальными симптомами. После перенесенного заболевания отмечалась небольшая задержка в развитии.

Ясель и детского сада не посещал — воспитывался дома; был послушным, спокойным, охотно играл с детьми, но утомлялся от шумных игр и предпочитал играть с девочками.

С семи лет Вася стал посещать школу, где с первых же дней выявились затруднения в обучении. В школе мальчик очень уставал, жаловался на головную боль, плохую память. Не мог запомнить букв, стихотворений. Очень тяжело переживал свои школьные успехи. Дома подолгу сидел над приготовлением уроков, был очень старательным.

В первом классе учился два года и без достаточных знаний и навыков был переведен во II класс. После 2-летнего обучения во II классе переведен в III класс, откуда направлен в приемно-отборочную комиссию для обучения во вспомогательной школе.

По физическому развитию мальчик несколько отстает от возраста. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.

Нервная система. Зрачки широковаты. Анизокория, реакция на свет удовлетворительная. Глазодвигательных нарушений нет. Истиагма нет. Сглаженность левой носо-губной складки. Язык по средней линии. Отмечается слабость проксимальной мускулатуры левой руки. Хореоформный гиперкинез. Сухожильные рефлексы повышены. Симптом Оппенгейма — непостоянный справа.

Электроэнцефалографическое исследование указывает на резко выраженные разлитые отклонения от нормы электрической активности коры полушарий головного мозга. Имеются указания на некоторую большую патологию в правом полушарии.

Психическое состояние. Первое время пребывания в санатории мальчик вял, пассивен, крайне утомляем, часто жалуется на головную боль. В контакт вступает не сразу. Говорит еле слышным голосом, легко теряется. На вопросы о школе, доме отвечает правильно. Рассказал о своих затруднениях в обучении: в школе сидит на последней парте, и педагог редко его спрашивает; многое из того, что объясняет педагог, он понимает плохо, но переспросить не решается. Дома помочь ему никто не может, но за плохие отметки он получает порицание. Несмотря на то что Вася включается в занятия в классе и заинтересован всем происходящим, он в силу своей истощаемости крайне непродуктивен и обнаруживает значительные пробелы в знаниях.

Так, например, после пятикратного чтения легкой задачи для второго года обучения он не смог повторить ее условия, перепутал все данные, давал нелепые ответы. Даже после подробного разъяснения он все же не решил задачи, объясняя это тем, что все забыл.

Иногда же Вася может и без посторонней помощи решить сложную задачу; так, однажды он правильно решил на доске задачу со встречным движением поездов. Вася не может считать в уме, не знает правильных приемов счета и затрудняется в формулировке вопроса к задаче, даже если понимает ее смысл.

Ни одного грамматического правила мальчик не может сформулировать. В письме как под диктовку, так и при списывании допускает ряд ошибок.

Письмо мальчика очень неравномерно: иногда он пишет правильно более трудный диктант, а в более легком диктанте допускает большое количество ошибок.

В передаче прочитанного мальчик очень затрудняется, хотя он знает

материю по ней.

Он не может запомнить название книги, которую только что прочитал. Ребенок сниженная работоспособность и значительные пробелы в знаниях, относящихся к достаточному уровню развития его познавательной деятельности. Мальчик не испытывает затруднений при установлении сложной системы связей. Так, в опыте на классификацию картинок он разделил все предложенные ему картинки на четкие группы и правильно понял задачу укрупнить и разукрупнить группы. Группу животных и птиц он без колебания назвал животными. Деревья, овощи и фрукты также соединил уверенно в одну группу, назвав их растениями.

Он не затруднялся в понимании внутреннего смысла рассказа и сделал самостоятельный вывод из прочитанного. Ему доступно понимание переносного смысла пословиц, басен.

Проведенные терапевтические мероприятия и правильный педагогический подход привели к значительному улучшению в состоянии мальчика. Взяв стал участвовать в занятиях, смелее и правильнее отвечал. В поведении был организован, пользовался авторитетом у детей. К концу пребывания мальчика в санатории для нервных детей заметно снизились астенические компоненты.

Клиническое заключение. Основным этиологическим фактором данного состояния следует считать перенесенное в 1 год 1 мес. органическое поражение центральной нервной системы, которое привело к некоторому нарушению раннего развития, а к началу школьного возраста — к значительным затруднениям в обучении.

Доказательством того, что и к концу нашего исследования у мальчика отмечалась выраженная функциональная недостаточность центральной нервной системы, является экспериментальное исследование его высшей нервной деятельности. Это исследование обнаружило слабость как возбудительного, так и тормозного процесса, при заметной слабости активного торможения.

Эти особенности высшей нервной деятельности и лежат в основе своеобразия всей клинической картины.

Основной симптом данного состояния — снижение общего психического тонуса, что в свою очередь привело к снижению работоспособности, продуктивности и затруднениям в обучении.

В самой структуре дефекта, при сохраненной познавательной деятельности и достаточном уровне развития личности, отмечается снижение работоспособности. В данном случае есть все основания для диагноза церебральной астении воспалительного происхождения.

Как в первом, так и во втором приведенном нами случае есть основание для ошибочной диагностики, и не случайно эти дети были направлены в медико-педагогическую комиссию.

Как при цереброастенических состояниях в детском возрасте, так и при олигофрении можно в анамнестических данных обнаружить имевшее место заболевание центральной нервной системы, которое приводит к нарушению развития. Наличие легкой расстройной остаточной неврологической симптоматики делает эти состояния также сходными.

Наконец, наибольшее сходство в тех и других состояниях отмечается к началу школьного возраста. Дети с цереброастеническим состоянием, так же как и дети-олигофрены, оказываются неуспевающими учениками в массовой школе и не приобретают (несмотря на длительный срок обучения) навыков и знаний. Низкий уровень ответов, который обнаруживают эти дети при исследовании их в медико-педагогической комиссии, еще в большей степени способствует ошибкам диагностики.

Однако наряду со сходством между церебральной астенией и олигофренией имеются значительные отличия.

Напомним, что основным симптом олигофрении — недоразвитие познавательной деятельности: недостаточная способность к отвлечению и обобщению. Именно этот основной симптом и лежит в основе затруднений, которые возникают в связи с обучением. В противоположность этому у детей с явлениями церебральной астении познавательная деятельность, способность к отвлечению и обобщению достигает достаточного уровня развития.

Сам характер затруднений у этих двух групп детей также различен. Детей-олигофренов затрудняет главным образом смысловая сторона всякого задания, хотя многим из них удается запомнить таблицу умножения, стихи, приемы счета, удержать в уме условие задачи и т. д. Детей с цереброастеническим состоянием затрудняет главным образом объем заданий, невозможность удержать в уме то или другое задание и запомнить нужный материал.

Общий уровень развития личности и, в частности, отношение к своим затруднениям также неодинаков при этих внешне сходных состояниях. У олигофренов, как это было выше описано, отмечается общее недоразвитие личности (именно поэтому у них нет выраженного отношения к своим затруднениям и тем более осознания и их оценки); у детей же с цереброастеническими состояниями отчетливо выражено критическое отношение к своим затруднениям и правильная оценка своих возможностей.

Динамика этих двух внешне сходных состояний также различна. Дети с цереброастеническими состояниями при правильной организации лечебных и педагогических мероприятий дают значительный сдвиг в развитии и повышают работоспособность в сравнительно небольшой отрезок времени. Дети-олигофрены нуждаются в длительном обучении во вспомогательной школе.

Все перечисленные нами дифференциально-диагностические критерии дают возможность разграничить эти внешне сходные состояния и тем самым избежать диагностических ошибок при направлении детей во вспомогательные школы.

3. ДЕТИ С ДЕФЕКТАМИ СЛУХА И РЕЧИ

Среди детей, неправомерно зачисляемых во вспомогательную школу, часто встречаются учащиеся с пониженным слухом, а также дети с расстройствами речи при нормальном слухе. Многие из них не являются умственно отсталыми, хотя обучение в массовой школе им упорно не дается.

Исследование показывает, что во вспомогательных школах можно наблюдать свыше 10% детей, которые только вследствие тугоухости не могут обучаться в массовой школе. Уже одно то обстоятельство, что дети с пониженным слухом часто не слышат или не полностью слышат объяснения учителя, может привести

к пробелам в их знаниях. Но этого мало. Сниженный слух часто приводит к общему недоразвитию речи, особенно если тугоухость наступила в раннем детстве. Оно выражается в ограниченном запасе слов, в нарушениях произношения, аграмматизмах, расстройствах письма и т. п. Понятно, что при этих условиях овладение знаниями затруднительно. Прежде всего затруднения сказываются на овладении грамотой. Даже небольшое снижение слуха порой приводит к тому, что ребенок (без специального обучения) не может научиться читать и писать или пишет с большим количеством ошибок, свойственным детям с недоразвитием речи.

Если недоразвитие речи у слабослышащего ребенка выражено значительно, то оно сопровождается также и ограниченным пониманием речи окружающих. В связи с этим у слабослышащих детей часто наблюдаются трудности в понимании текста, даже если его прочитывает учитель. Ограниченное понимание речи мешает также усвоению содержания арифметических задач, что в свою очередь приводит к неуспеваемости по арифметике.

Постоянно возникающие в первых классах пробелы то в одной, то в другой стороне обучения создают упорную неуспеваемость в последующие годы.

Все перечисленное, т. е. недопонимание объяснений учителя, недоразвитие собственной речи и связанные с ними затруднения в овладении грамотой и программным материалом по арифметике, все углубляющиеся с годами пробелы в усвоении учебного материала, — часто создает ложное впечатление об умственной отсталости таких детей.

Приведем характеристику ученика с пониженным слухом, ошибочно зачисленного во вспомогательную школу.

Олег Д., 13 лет, в течение четырех лет безуспешно обучался во вспомогательной школе.

В 7-месячном возрасте мальчик перенес скарлатину в тяжелой форме, которая осложнилась заболеванием ушей. Возникло гноеечение, которое не прекращалось. Снижение слуха, которое, очевидно, возникло после скарлатины, родители не заметили; было отмечено лишь позднее развитие речи. Первые слова появились в 4 года, и дальше речь развивалась очень медленно.

В 9-летнем возрасте мальчик поступил во вспомогательную школу с диагнозом «олигофрения». При поступлении в школу речь ребенка была совсем непонятна для окружающих, он лишь беззвучно шевелил губами. В школе было известно, что у мальчика имеется снижение слуха; однако это не заставляло врачей и педагогов усомниться в правильности первоначального диагноза. Больше того, после первого года обучения дано заключение, что мальчик страдает олигофренией в степени имбецильности.

Наиболее яркой особенностью Олега является недоразвитие речи. Речь его приглушенная, тихая, крайне смазанная и малопонятная для окружающих, несмотря на то что все звуки, кроме аффрикат и смягчений, умеет произносить правильно. У мальчика отмечается смещение ряда звуков: «ж» и «з», «ч» и «ш», «с» и «ц», «т» и «д» и др.

Запас слов крайне ограничен. Для характеристики их приведем некоторые примеры. Вместо слова «умывальник» Олег говорит: «сюда зубы чистят»; вместо «вешалка» — «сюда калесы, пальто вешит» (сюда галюши, пальто ве-

шают); «часы — снес»; «шкаф — туда пальто кладут»; «буфет — а теп, тарелы, тарелы».

Ряд предметов Олег отказывается называть совсем. Фразы часто строят неправильно («змея укусила», «посадили на телега», «позвони больница», «пиджак за брусника» и т. п.).

В письме отмечались искажения звукового состава слов («памылка» вместо «бутылка», «семофан» вместо «чемодан» и т. п.).

Понимание устной и письменной речи также было ограничено.

Во вспомогательной школе мальчик учился с большим трудом. Во II классе был оставлен на второй год. В IV классе Олег был подвергнут углубленному исследованию.

Выяснилось, что мальчик способен выполнять довольно сложные задания, свидетельствующие об отсутствии у него умственной отсталости. Специально проведенное экспериментальное обучение с учетом пониженного слуха полностью подтвердило это. Олег был переведен в школу тугоухих, где обучение его пошло успешно.

Таким образом, мальчик без умственной отсталости, по ошибке попавший во вспомогательную школу, в течение четырех лет был там неуспевающим учеником. Между тем в школе слабослышащих, где были созданы правильные условия обучения, он оказывается в числе успевающих детей. Вред, нанесенный мальчику, очевиден. Следует всячески предостеречь от подобных ошибок при комплектовании вспомогательной школы.

Чтобы отличить ребенка, неуспевающего в школе из-за сниженного слуха, от детей умственно отсталых, следует прежде всего тщательно проверить состояние слуха неуспевающего ученика. Надо добиться того, чтобы ни один ребенок не был принят во вспомогательную школу без исследования слуха.

Как правило, исследование слуха обеспечивается специалистом-отоларингологом, дающим заключение о слухе ребенка. Однако педагог должен всякий раз сам убедиться в сохранности слуха зачисляемого учащегося. При этом важно подчеркнуть, что поступающий должен обнаружить способность воспринимать не только речь, произносимую нормальным разговорным голосом, но и шепотную речь.

Выше отмечалось, что понижение слуха оказывается препятствием к обучению в массовой школе не только потому, что тугоухий ребенок плохо слышит речь учителя, но и потому, что раннее возникшее понижение слуха является препятствием к нормальному развитию речи. Для того чтобы речь ребенка развивалась нормально, требуется большая степень сохранности слуха. Даже в том случае, когда ребенок слышит громкую речь, но недостаточно слышит шепотную речь, у него могут возникнуть значительные отклонения в речевом развитии. Известно, например, что дети, свободно различающие на расстоянии 5—6 м речь обычной разговорной громкости, но не слышащие на таком же расстоянии шепотной речи, часто не могут овладеть правильным произношением и очень затрудняются при обучении письму. Обычно это происходит с детьми, понижение слуха у которых возникло до трех лет, т. е. в период формирования речи.

Таким образом, даже небольшое снижение слуха может при определенных условиях отразиться на ходе речевого и, следовательно, общего развития ребенка. Отсюда следует, что заключение о полном слухе можно делать только в тех случаях, когда ребенок отчетливо слышит шепотную речь на расстоянии 5—6 м. Остановимся коротко на приемах выявления состояния слуха.

Приступая к исследованию, надо прежде всего проверить слух на шепотную речь. Для этой цели ребенка ставят спиной к исследующему на расстоянии 5—6 м и произносят шепотом хорошо знакомые ему слова. Слова при этом произносят на остаточном воздухе после полного выдоха. Предварительно, пользуясь картинками, следует выявить круг знакомых ребенку слов, которые надо использовать для исследования слуха. Если на расстоянии 5—6 м ребенок не повторяет сказанных ему слов, то расстояние постепенно уменьшают, до тех пор пока не выявляется полное и точное слышание предъявляемых слов. Кратчайшим расстоянием будет произнесение исследующим слов над самой ушной раковиной испытуемого. При проверке слуха у самой ушной раковины исследование производится отдельно для каждого уха.

После того как оказывается установленным расстояние, на котором испытуемый воспринимает шепотную речь, переходят к исследованию слуха на речь разговорной громкости. Для этой цели ребенка ставят на расстоянии 5—6 м и голосом нормальной разговорной силы (нисколько не усиленным) произносят обычные, доступные детям слова и фразы. Ребенок должен правильно повторять услышанное. Уменьшая постепенно расстояние между исследующим и ребенком, выявляют максимальное расстояние, на каком ребенок правильно повторяет расслышанные слова и фразы. Исследование ведется для каждого уха отдельно. По классификации Б. С. Преображенского, при слышании речи разговорной громкости на расстоянии от 0 до 2 м и шепотной от 0 до 0,5 м от ушной раковины можно говорить о тяжелой степени тугоухости; при слышании речи разговорной громкости на расстоянии от 2 до 4 м и шепотной от 4 до 6 м и шепотной от 1 до 3 м от ушной раковины — об умеренной степени тугоухости; при возможности слышать речь разговорной громкости на расстоянии от 6 до 8 м и шепотной речи от 3 до 6 м от ушной раковины — о легкой степени тугоухости.

Выше отмечалось, что в результате поражения слуха в той или иной мере нарушается развитие речи. Как правило, у детей с ранней тугоухостью запаздывает появление речи. Первые слова появляются в 3—4, а иногда и в 6—7 лет; слова прибавляются медленно, произносятся искаженно, фразы оказываются аграмматичными.

Степень недоразвития речи может зависеть от разных обстоятельств. Чем больше понижен слух, тем резче будет выра-

жена задержка речи. Вместе с тем чем раньше возникла тугоухость, тем больше страдает речевое развитие. В большой мере своевременность окружения взрослых подмечают имеющуюся тугоухость. Если родители рано заметили тугоухость и говорят с ребенком громче обычного и достаточно отдельно, а в особенности если при этом удается обеспечить специальные занятия, то и речь ребенка будет развиваться с меньшей задержкой. При отборе детей во вспомогательную школу необходимо тщательно взвесить все данные анамнеза и иметь в виду, что в некоторых случаях тяжелая тугоухость может быть компенсирована условиями воспитания, и тогда речь ребенка оказывается сохранной, и, наоборот, при сравнительно небольшом понижении слуха и отсутствии нормального воспитания может наблюдаться значительное недоразвитие речи.

Правильно учитывая многообразие возможных влияний, удается легче отделить умственную отсталость от вторичной задержки развития, обусловленной одной только тугоухостью.

Может возникнуть вопрос: не встречаются ли умственно отсталые дети, которые одновременно имеют понижение слуха? Обследование состава вспомогательных школ показывает, что такие дети действительно существуют. Так, например, встречаются олигофрены, которые уже в школьном возрасте приобрели в результате ушных заболеваний небольшую тугоухость. Разумеется, такие дети могут находиться во вспомогательной школе и обучаться методами этой школы.

Встречающиеся умственно отсталые дети с возникшим рано, но очень легким снижением слуха, не отразившимся на развитии речи, также могут оставаться во вспомогательной школе, занимаясь с логопедом, но только при условии, если тщательным исследованием доказано первичное снижение интеллекта.

Во всех же случаях, когда имеется значительное снижение слуха у умственно отсталого ребенка, он подлежит обучению в школе для тугоухих детей.

Наряду со слабослышащими детьми, попадающими во вспомогательную школу, нередко имеет место и другая ошибка комплектования, когда во вспомогательную школу попадают дети с нарушениями речи при нормальном интеллекте. Чаще всего такая судьба постигает алаликов (неговорящих детей с нормальным слухом), а также детей с недостатками речи, страдающими расстройствами чтения и письма (дислексия, дисграфия).

Алалия является результатом перенесенного в раннем или внутриутробном возрасте мозгового заболевания, нарушающего нормальное развитие речевых областей коры головного мозга.

Различают сенсорную алалию, т. е. заболевание, связанное с поражением слухо-речевой области коры головного мозга и нарушением слухания и понимания речи, и моторную алалию, т. е. поражение передних (моторных) отделов речевой зоны,

вследствие которого наступает недоразвитие речевых артикуляций при относительно более сохранном слышании чужой речи. Оба эти нарушения ведут у ребенка к недоразвитию всей речи в целом, так что практически не всегда удается точно установить причину, вызвавшую речевое расстройство.

Детские алалии могут быть выражены в различной степени, начиная от наиболее грубых форм (когда понимание речи, как и собственная речь ребенка, полностью отсутствует) и кончая легкими формами, выражающимися только в отдельных стертых дефектах различения звуков речи, косноязычии и стойких дефектах письма и чтения (дисграфия и дислексия). Все эти формы недоразвития носят, однако, характер частичных дефектов и резко отличаются от умственной отсталости, при которой мозговое поражение имеет общий характер.

Приведем пример:

Вова Л., 11 лет. Обучался три года в массовой школе, оставался в I классе на второй год, из II класса был переведен во вспомогательную школу (в III класс), но и здесь не успевал по письму. Произношение мальчика резко нарушено: отмечалось смешение свистящих и шипящих, *р* и *л*, звонких и глухих согласных, неправильные смягчения. Он произносит «холосо», «лосады», «псеница», «коска», «пису», «узе», «глейть», «разы» (лыжи), «лабота» (работа).

Чтение также было резко нарушено. В письме имелись дисграфические ошибки, например: «Козлики стали драча. Они упари воду», «Мама купила сабочи», «Сереза поймал шюку».

По арифметике Вова не успевал из-за неумения правильно прочитать и решить задачу, хотя счетом владел хорошо.

Мальчик не проявлял никакого интереса к учебе. По словам матери, Вова в массовой школе сидел на последней парте и его никогда не спрашивали.

Во вспомогательной школе он также оказался в числе неуспевающих учеников из-за плохого письма, по которому получал одни «двойки».

Систематической логопедической работой удалось полностью преодолеть имеющиеся у него недостатки речи, чтения и письма и вернуть его в массовую школу.

Как известно, с помощью специальных, логопедических методов в настоящее время достигаются большие результаты в обучении детей с глубокими расстройствами речи, имеющих нормальный интеллект. Однако наблюдение показывает, что пребывание таких детей во вспомогательной школе не только не обеспечивает им надлежащих условий обучения, но и задерживает их развитие. Как правило, дети с расстройствами речи во вспомогательной школе успевают хуже, чем умственно отсталые учащиеся, особенно по русскому языку. Дети с расстройствами речи, так же как и тугоухие, попадают во вспомогательную школу в силу ложного впечатления, которое они производят в связи с своеобразием их развития.

Нарушения речи у этих детей часто связаны с расстройством звукового анализа, что мешает овладению чтением и письмом и отражается на умении прочитать и понять текст арифметической задачи, хотя в целом успеваемость по арифметике у них часто оказывается выше, чем по русскому языку.

Если учащийся с недостатками речи не обеспечен логопедической помощью, то его неуспеваемость может приобрести упорный характер и даже создать ложное впечатление о его умственной отсталости.

Для того чтобы не допустить диагностической ошибки и не направить детей с речевым недоразвитием и нормальным интеллектом в школу для умственно отсталых детей (у которых также часто наблюдается речевая неполноценность), необходимо тщательно исследовать умственное развитие ученика.

Укажем примерные задания для выявления умственного развития ребенка, которые обычно выполняются даже детьми, не владеющими речью:

1. Наглядный счет по показу. Например, ребенку предъявляются 3—4 палочки и предлагается подать столько же, не называя числа. Если это задание выполняется, предлагают большее число палочек с такой же инструкцией.

Далее ребенку предъявляется 5—6 палочек и предлагается подать столько же. После этого лежащие на столе палочки покрываются рукой и часть из них убирается. Ребенок, глядя на оставшиеся палочки, должен сообразить, сколько палочек взято. Ответить он может либо устно, либо показать на пальцах. С помощью этого приема выявляется способность к усвоению счета.

2. Складывание фигур из палочек или из лучинок. Складывание простейших мозаик из фигур различной формы и цвета. Обычно дети 7—9-летнего возраста, даже с нарушенной речью, правильно составляют фигуру из 6—8 элементов, глядя на образец и даже без него.

3. Раскладывание в нужном порядке серии сюжетных картинок, изображающих несложный рассказ. Дети 8—9 лет с нормальным интеллектом, даже при глубоком недоразвитии речи, в правильной последовательности складывают серию из 3—4 картинок с несложным сюжетом.

Если слабослышащий ребенок (или ребенок с нарушением речи) выполняет упомянутые задания, то предположение об умственной отсталости следует взять под сомнение.

Важно отметить, что при выполнении таких заданий дети могут вести себя по-разному. Одни из них сразу понимают предъявляемые требования, выполняют задание активно и рациональными приемами, что позволяет сразу определить полноценный интеллект. Другие дети вялы, замкнуты, задание выполняют нерешительно, и в отношении их нужно предостеречься от поспешных отрицательных выводов. Необходимо позаботиться о том, чтобы на ряде примеров детям было тщательно показано, что именно должно быть выполнено. Для этого целесообразно, например, первое задание объяснить и выполнить на глазах у ребенка или совместно с ним. Так, например, предъявляя серии картинок, одну из них вначале можно складывать совместно с ребенком. Однако, после того как исследующий убедился в том, что задание

ребенок понял правильно, все остальные задания этого типа должен выполнять ребенок самостоятельно, без посторонней помощи.

В сомнительных случаях не следует ограничиваться однократным обследованием ребенка в отборочной комиссии. Целесообразно сделать попытку кратковременного обучения его в течение 2—3 занятий. Способ исследования умственного развития ребенка в процессе обучения, при котором он приобретает некоторый, пусть самый минимальный, объем знаний (счет, грамота, манипулирование с дидактическим материалом и т. д.), наилучшим образом выявляет возможности ребенка.

Полученные данные об уровне умственного развития, о состоянии слуха надо сопоставлять со всеми прочими материалами медицинского и педагогического исследования. Совокупность их позволит найти более правильное решение вопроса о том, в какой школе должен обучаться ребенок. При понижении слуха (в тяжелой и значительной степени), сопровождающемся хотя бы небольшим расстройством речи, детей следует направлять в школу слабослышащих.

Детей с небольшим понижением слуха (умеренная и легкая степень тугоухости) при нормальном интеллекте направляют в массовую школу. Если у них отмечаются небольшие расстройства произношения и письма, то одновременно с направлением в школу дается совет обратиться на логопедический пункт. При тяжелой степени тугоухости умственно отсталые дети должны обучаться в специальных классах школы слабослышащих.

Детей, страдающих алалией (имеющих полный слух и не обнаруживающих признаков умственной отсталости, но не говорящих), следует направлять в специальные учреждения для детей с тяжелыми расстройствами речи.

Дети, страдающие алексией и аграфией (имеющие нарушения чтения и письма), должны обучаться в массовой школе, но при этом им необходимо оказать логопедическую помощь.

МЕ
РЕБЕНК

1.

В пред
ние двух
во вспомо
обычного
оказания

В групп
ную школу
ческими ф
дуальным
фалитов,
ческим сл
ским слаб
характер
вспомогат
страдан
днее.

Общи
гих форм
ким орга
преимуще

У де
школу, с
доразвит
внесет о
развития
адаптор
снижен

Перо
распо
стоя

Глава V

МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА В МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

1. ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ РЕБЕНКА В МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

В предшествующих главах уже было дано клиническое описание двух групп детей, из которых одни подлежат направлению во вспомогательную школу, а другие могут обучаться в школах обычного типа при условии строго индивидуального подхода и оказания необходимой педагогической и врачебной помощи.

В группу детей, подлежащих направлению во вспомогательную школу, как было указано, входят дети с различными клиническими формами умственной отсталости (с олигофренией, резидуальными стадиями более поздних энцефалитов и менинго-энцефалитов, характеризующиеся снижением интеллекта, травматическим слабоумием, эпилептическим слабоумием, шизофреническим слабоумием). Однако наряду с различиями, вызываемыми характером заболевания, детям, подлежащим направлению во вспомогательную школу, свойствен ряд общих черт; поэтому и оправдано применение ко всем им термина «умственно отсталые».

Общим для всякого слабоумия является недоразвитие сложных форм психической деятельности, что обусловлено перенесенным органическим поражением центральной нервной системы, преимущественно коры полушарий головного мозга.

У детей, не подлежащих направлению во вспомогательную школу, затруднения в обучении не обусловлены первичным недоразвитием сложных форм познавательной деятельности, а зависят от иных причин. В одних случаях — это нарушение темпа развития, в других — частный дефект в пределах отдельных анализаторов, в третьих — общая астенизация и связанное с ней снижение работоспособности.

Перед врачом-психоневрологом стоит задача — правильно распознать эти состояния и прежде всего отграничить одни состояния от других, лишь внешне с ними сходных.

Задачей данной главы является изложение принципов и приемов исследования, которыми должен пользоваться врач-психоневролог при отборе детей во вспомогательную школу. Решение этой задачи требует применения клинического метода исследования, который предполагает как всесторонность исследования, включающего в себя изучение этиологии, патогене-

за, патофизиологии, структуры дефекта и его динамики, так и целостность изучения личности аномального ребенка.

Анализ каждого симптома предполагает прежде всего выяснение того, является он основным для данного состояния или же дополнительным симптомом, который лишь вытекает из основного дефекта, но еще не определяет развития всей картины психических нарушений.

Диагностическое значение тот или иной симптом приобретает лишь тогда, когда выявляются обуславливающие его причины. Нередко сходные по своим внешним проявлениям симптомы могут иметь различную внутреннюю сущность. Например, затруднения в овладении элементарной грамотой могут возникнуть вследствие недоразвития познавательной деятельности, но они могут быть обусловлены и наличием частного дефекта (например, тугоухости) и, наконец, могут возникнуть вследствие общих нейродинамических нарушений, характерных для мозга астенизированного ребенка.

Изучить структуру дефекта в целом можно лишь путем сочетания тщательного анализа каждого симптома в отдельности с их последующим синтезом. Диагностическая значимость каждого отдельного симптома и синдрома зависит от особенностей его сочетания с другими симптомами, иначе говоря, от общей структуры изучаемого дефекта.

Поэтому решающим для понимания структуры дефекта является изучение сочетания симптомов, их взаимосвязь и взаимобусловленность.

Клинический метод исследования требует качественно-го анализа симптомов. Важно не только установить наличие определенного симптома, но и описать его качественные особенности и вскрыть его связь с другими симптомами. Вместе с тем важно установить степень устойчивости того или иного симптома, изучить изменчивость симптомов в зависимости как от приема исследования, так и от тех условий, в которых исследование проходит. Особенное значение при клиническом исследовании имеет установление того, каким образом ребенок использует показ, помощь при дальнейшем самостоятельном выполнении задания. Это позволяет установить, можно ли перевести ребенка на более высокий уровень решения поставленной перед ним задачи, что дает возможность сделать некоторые выводы о динамике дальнейшего развития ребенка.

Клинический метод предполагает динамическое изучение развития ребенка. Обнаружение в истории развития ребенка того или иного патогенетического фактора (патологические роды, травмы, инфекционное заболевание) само по себе еще не дает основания делать заключение о том, что именно этот фактор повлек за собой аномальное развитие ребенка. Если в одних случаях травма или инфекционное заболевание действи-

тально приводят к тяжелому поражению мозга, то в других они проходят относительно бесследно и не вызывают значительного нарушения развития. Врач сделал бы большую ошибку, если бы стал непосредственно исходить из данного патогенетического фактора (относящегося обычно к раннему детству) при объяснении наблюдаемого дефекта. Он должен внимательно изучить, как формировалось все психическое развитие ребенка в процессе его воспитания и обучения, когда именно ребенок стал обнаруживать известные дефекты и в чем именно эти дефекты проявлялись. Таким образом, врач может прийти к нужному и правильному заключению, если будет учитывать все особенности развития ребенка.

Указанными выше принципами врач-психоневролог должен руководствоваться на всех этапах своего исследования. Поэтому исследование ребенка, решающее его дальнейшую судьбу, должно быть систематическим, тщательным и состоять из многих компонентов. Это исследование обычно включает:

1) собирание анамнеза, что дает врачу право судить об этиологии данного заболевания, о характере аномального развития и возникновении того или иного симптома в процессе развития ребенка;

2) исследование соматического состояния, которое дает возможность оценить ряд симптомов, как, например, дисплазию в строении скелета и черепа в сочетании с другими симптомами для установления факта раннего диффузного поражения мозга. Наличие в соматическом состоянии нарушения трофических функций вегетативно-обменных процессов, в свою очередь зависящих от снижения функциональной активности коры больших полушарий, имеет существенное значение при изучении различных видов аномального развития;

3) неврологическое исследование, которое в случае обнаружения той или иной остаточной симптоматики может подтвердить перенесенное в прошлом органическое поражение центральной нервной системы.

Анализ неврологических данных позволяет сделать вывод о диффузности или локальности поражения, о нейродинамических особенностях, что имеет значение для дифференциальной диагностики.

Исследование корковых функций даст врачу материал для суждения о состоянии анализа и синтеза в пределах того или иного анализатора;

4) логопедическое исследование, которое выясняет особенности и природу речевых расстройств, если они имеются, а также оториатрическое исследование остроты слуха, имеющее большое значение там, где возникает подозрение, что аномальное развитие может зависеть от тугоухости;

5) психопатологическое исследование, направленное на изучение особенностей всего психического состояния ребенка. В за-

дачу психопатологического исследования входит вместе с тем и синтез всех полученных о ребенке данных, что и дает возможность понять структуру дефекта в целом.

Лишь всестороннее, комплексное динамическое исследование детей, направляемых в медико-педагогическую комиссию, дает возможность правильно изучить структуру дефекта и его динамику, отграничить различные формы умственной отсталости от сходных с ними состояний и тем самым избежать диагностических ошибок при отборе учащихся во вспомогательную школу.

2. АНАМНЕЗ

Анамнез — один из очень важных приемов медицинского исследования. Из анамнеза врач получает ряд сведений об особенностях раннего развития ребенка и перенесенных им болезнях. Все это составляет ценный материал для клинического анализа невропсихической полноценности ребенка. Однако анамнестические данные могут сыграть нужную роль в установлении диагноза только тогда, когда анамнез собран с учетом клинических данных. Врач, собирающий анамнез, должен предварительно ознакомиться и с педагогическими материалами об исследуемом ребенке.

Выше уже указывалось, что заболевание, приводящее к той или иной степени умственной неполноценности, носит различный характер в зависимости от того, в каком возрасте болеет ребенок. Известно, что типичные и особенно выраженные формы олигофрении чаще связаны с теми заболеваниями, которые имели место в ранних периодах жизни ребенка, причем значительная часть из них падает на внутриутробный и родовой периоды. Поэтому расспросы врача о ходе динамики развития ребенка должны идти с учетом особенностей развития, которые свойственны каждому возрастному этапу в норме, с последующим сопоставлением отклонений, которые будут наблюдаться при исследовании данного ребенка.

В современной медицине обычно выделяют следующие возрастные периоды.

Внутриутробный период. Этот период имеет большое значение для всего последующего формирования ребенка. Поэтому вредности, которые действуют в этом периоде, могут нарушить созревание организма и привести к различным видам аномального развития. Врач узнает от родителей ребенка об их семейной жизни, о числе беременностей матери и характере их течения, о мерах прекращения беременностей, если таковые принимались матерью. Здесь имеется в виду как прием внутрь химических веществ, так и попытки вызвать аборт.

Течение беременности может осложняться и другими вредными воздействиями, как, например, тяжелыми ушибами живота беременной матери, перенесенными ею тяжелыми инфекционны-

ми заболеваниями (тифы, малярия, сифилис), сопровождающимися резко выраженной интоксикацией. Следует иметь в виду и перенесение тяжелых моральных потрясений (психотравмы).

Перечисленные вредные моменты в отдельных случаях могут изменять физико-химическое равновесие в организме матери, приводить к токсикозам или отрицательным механическим влияниям на плод, что может вызвать нарушение его питания, а иногда развитие воспалительных процессов в мозге (внутриутробные менинго-энцефалиты). Все это в дальнейшем может повести к различным формам невропсихической неполноценности.

Врач должен быть ориентирован в том, как протекали роды. Травмы ребенка в случае затяжных патологических родов, особенно при неправильно примененном хирургическом вмешательстве (наложение щипцов, сухие роды), могут быть далеко не безразличны для дальнейшего развития ребенка. Природовые травмы головки ребенка иногда сопровождаются рассеянными мелкоточечными кровоизлияниями, асфиксией, что в дальнейшем может явиться основной причиной умственной неполноценности.

Однако при оценке перечисленных вредностей врач должен быть сугубо осторожен в выводах, так как далеко не всегда перечисленные вредности вызывают ту или иную патологию у развивающегося ребенка. Это зависит от многих причин, в частности от силы данной вредности, от степени сопротивления организма матери и плода, от своевременности принятых лечебных или профилактических мер. Поэтому вовсе не всякая травма, перенесенная тяжелая инфекция во время беременности, а также родовая патология может стоять в прямой связи с той или иной неполноценностью ребенка, которую врач констатирует.

Таким образом, только при вдумчивом отношении к анализу собранных фактов врач может правильно установить основную причину аномального развития ребенка. Следует иметь в виду также и то обстоятельство, что не во всех случаях невропсихической неполноценности действует какая-либо одна причина; нередко мы встречаемся с комбинацией различных вредностей, в итоге изменяющих течение нормального развития.

Врач должен учитывать и некоторые заболевания, которые перенесли родители или их ближайшие родственники. Речь идет о заболеваниях, которые могут отразиться на развитии ребенка. К таким заболеваниям относятся невропсихические расстройства (шизофрения, эпилепсия и др.), сифилис, а также случаи тяжелого алкоголизма.

Период новорожденности. В этот период детский организм особенно хрупок, в связи с тем что мозг его еще не полностью сформировался, защитные приспособления слабы. Поэтому различные неблагоприятные условия внешней среды (охлаждение, характер пищи) могут оказывать вредное воздействие на ребенка. В этот же период впервые обнаруживаются последствия тех вредностей, которые имели место в процессе

угрожающего развития и родового акта: недоношенности, уродства и другие аномалии развития.

Также тотчас после рождения нормальные дети начинают перемещаться и начинают активно сосать грудь матери. Исследования грудного большинства умственно отсталых детей показывает, что эти безусловные рефлексы у них задерживаются. Поэтому матери такого ребенка приходится приучать его в течение нескольких дней брать грудь.

Ведя расспрос матери об особенностях протекания периода новорожденности, врач должен обратить внимание на вес ребенка при рождении, поскольку резкие отклонения его в сторону уменьшения могут говорить о недоношенности ребенка. Следует уточнить у матери, не было ли каких-либо аномалий головки (излишне увеличенные размеры), что может быть признаком врожденного рахита или головной водянки.

Грудной возраст (до 1 года). Этот период развития также весьма важный. Здесь имеют место бурный рост и созревание нервной системы. Уже со второго месяца, когда кончается период новорожденности, нормальный ребенок начинает улыбаться, следить за яркими предметами. На третьем месяце развиваются произвольные движения рук и ног. На пятом месяце ребенок берет в руки предметы. На шестом месяце появляются первые зубы. В 6-месячном возрасте ребенок особенно активно начинает интересоваться окружающим, у него появляются эмоциональные реакции на окружающее. К концу первого года дети начинают ходить, и в этом же периоде у них развивается активная речь. Конечно, указанные нормативы могут иметь небольшие отклонения (частичные задержки), которые еще ничего не говорят о патологическом развитии.

На первом году жизни идет особенно интенсивное развитие всего организма ребенка. Организму в этот период необходим максимум питательных веществ. Отсюда становится понятным важнейшее значение полноценного питания для нормального развития ребенка в грудном возрасте. Недостаточность грудного вскармливания, неполноценность прикорма могут приводить к длительным расстройствам питания типа различных элементарных дистрофий и диспепсий, что в ряде случаев резко влияет на нормальное созревание нервной системы и может повести к задержке психофизического развития, в частности вызвать задержку в развитии речи.

Большое значение в развитии организма ребенка раннего возраста имеет правильность всех обменных процессов, особенно кальциевого обмена, и достаточное содержание витаминов. Нарушения кальциевого обмена и обеднение организма витаминами, в частности витамином D, могут приводить к рахитизму и склонности к судорожным припадкам (спазмофилия).

Дети грудного возраста в силу слабости организма чаще подвержены заболеваниям. Поэтому, помимо частых случаев

различных кожных дерматитов, иногда могут иметь место и заболевания менингитом, который в раннем детстве нередко дает тяжелые последствия в виде глухоты, задержки психического развития и др.

Сопоставляя стандарты физического развития, принятые для нормального ребенка, с данными анамнеза, врач-психоневролог может убедиться в том, что у большинства детей, перенесших те или иные поражения центральной нервной системы, резко нарушаются сроки физического развития. Так, например, изучая анамнестические данные умственно отсталых детей, мы обычно встречаемся с тем, что у них задерживается прорезывание зубов, они поздно начинают ходить (чаще после двух лет), особенно запаздывает развитие их речи, которая иногда развивается в возрасте 2—3 лет и часто бывает долго неполноценной (косноязычной).

Таким образом, изучая в процессе собирания анамнеза особенности развития ребенка грудного возраста, врач должен обратить особое внимание (ведя тщательный опрос родителей) на наличие в прошлом у обследуемого ребенка тяжелых расстройств питания, которым обычно врачи-психоневрологи не уделяют должного внимания, хотя тяжелые диспосии могут являться в некоторых случаях основной причиной задержанного развития. О наличии перенесенного в грудном возрасте менингита, если он наблюдался врачом, чаще родители сообщают сами. В отдельных случаях мать может рассказать только о симптомах заболевания («сильно болел, кричал, запрокидывал головку, косил глазами» и т. д.), что служит некоторым ориентировочным материалом для последующего клинического анализа данного случая. Нередко родители сообщают о частых судорожных припадках, однако указанные припадки (так называемые «родимчики») нельзя в большинстве случаев связывать с эпилепсией, чаще это проявление спазмофильного диатеза (нарушение кальциевого обмена).

Преддошкольный и дошкольный возраст. В этот период происходит дальнейший рост и развитие ребенка. Особенно заметно формируется его высшая нервная деятельность, что выражается в активном развитии речи, сложных координированных движений. Резко активизируется познавательная деятельность, особенно в период дошкольного возраста.

Изучая особенности развития ребенка в преддошкольном и дошкольном возрасте, врач должен обратить особое внимание на состояние речи ребенка и характер игровой деятельности, нарушение и своеобразие которых нередко дают много ценного для диагностики.

Наблюдения показывают, что расстройства речи типа тяжелого косноязычия или малого запаса слов (когда ребенок говорит только несколько слов) в конце преддошкольного и в особенности в дошкольном возрасте в большинстве случаев ука-

зывают на определенную патологию, если, конечно, это не связано с какими-либо ненормальными условиями среды (такое отставание совершенно естественно, если, например, ребенок воспитывался в среде глухонемых или в силу каких-либо причин был лишен общения с детьми).

Важное значение для характеристики высшей нервной деятельности этого периода имеют игры ребенка. Игровая деятельность, начиная с простых манипуляций предметами, к 3—4 годам приобретает сюжетный характер, причем к 5—6 годам ребенок начинает выполнять в игре соответствующие роли, действуя в игровой, воображаемой ситуации. Если такой сложный характер игры недоразвивается, это может указывать на отставание ребенка. Поэтому необходимо уточнить у родителей, играл ли ребенок в указанные периоды и каков был характер его игр. Особенно много ценного в этом смысле дают обычно характеристики педагогов детского сада (если ребенок находился в течение какого-то времени в детском саду).

Наблюдения педагогов обычно показывают, что умственно отсталые дети иногда довольно рано обнаруживаются в детском коллективе, обращая внимание окружающих своеобразием своего поведения. Обычно они держатся особняком, не принимают активного участия в играх, не интересуются ими, не понимают характера игры, движения их малокоординированны, эмоции не выражены. Все это врачу необходимо учитывать, конечно только как материал для клинического анализа, который должен охватывать все стороны личности ребенка.

Для каждого возраста имеются и свои вредности, хотя некоторые из них, конечно, могут встречаться и на других этапах развития, как более ранних, так и более поздних.

Для детей дошкольного и дошкольного возраста особенное значение имеют инфекционные заболевания (корь, скарлатина, краснуха, дифтерия, коклюш и др.), что, например, малохарактерно для грудного возраста, когда, по-видимому, действует реактивный иммунитет. Для специализированного анализа важнее не факт перенесения ребенком инфекции, а характер течения указанных заболеваний, возможные осложнения, которые могут иметь место после инфекционных заболеваний, и в особенности тех осложнений, которые связаны с поражением нервной системы.

В клинике известны случаи, когда такие инфекции, как корь, скарлатина, пневмония, протекают очень тяжело и дают осложнения на нервную систему. В одних случаях эти осложнения обусловлены токсикозом нервной системы, в других — это воспалительные процессы типа инфекционных менинго-энцефалитов, которые могут являться основной причиной психической неполноценности.

Врач должен подробно расспросить родителей, как протекало то или иное инфекционное заболевание, не было ли потери соз-

накия, судорог, параличей, временной потери слуха или речи. Важно учесть, как изменилось развитие ребенка после перенесенного заболевания.

Немалое значение в указанных возрастах имеет травматический фактор. В связи с развитием в этих возрастах двигательных способностей маленькие дети отличаются моторной активностью, много бегают, любят карабкаться на высокие предметы и, не обладая еще должной силой и ловкостью, нередко падают ишибают голову.

Однакошибы головы, о которых иногда рассказывают родители, не могут быть во всех случаях связаны с той или иной последующей психической неполноценностью. Врач должен уточнить характершибов. Важно узнать, как протекали те или иные травмы черепа: была ли потеря сознания, были ли рвоты, кровотечения из носа, лежал ли ребенок после травмы, расстроены ли у него сон, изменялся ли характер и т. д. При наличии указанных симптомов, свидетельствующих о сотрясении мозга, особенно когда это подтверждается данными объективного обследования (наличием органической симптоматики), данные формы травматических поражений могут быть приняты в качестве этиологического фактора.

Школьный возраст. В школьном возрасте нормальный ребенок также характеризуется рядом особенностей, которые присущи этому этапу возрастного развития. В этот период высшая нервная деятельность уже достигает высокого уровня развития, формируются такие виды аналитико-синтетических процессов, которые обеспечивают ребенку возможность овладеть более сложными формами познавательной деятельности, занимающими важное место в процессе школьного обучения. Поэтому характер успеваемости ребенка в школе, его способность овладеть школьными навыками будут важным критерием для суждения о его личности. Другое немаловажное обстоятельство — характер его взаимоотношений со школьным коллективом.

Врач, собирающий анамнез, должен поэтому познакомиться с педагогической характеристикой ребенка, просмотреть его таблицу успеваемости. Стойкая неуспеваемость ребенка, преобладание неудовлетворительных оценок, оставление на второй год в массовой школе, если это не было вызвано особыми условиями (например, длительной болезнью ребенка), — все это должно привлечь внимание. С другой стороны, наличие сведений из школы, указывающих, что ученик держится особняком от детского коллектива, не контактирует с товарищами его возраста, а больше дружит с детьми, младшими по возрасту, дает также некоторый материал для клинического анализа данного случая.

Однако врач, внимательно проанализировав педагогические данные, должен помнить, что неуспеваемость в школе не есть еще доказательство умственной неполноценности, обусловленной органическими поражениями головного мозга. Как уже отмеча-

лось выше (глава II), неуспеваемость может иметь различные формы и причины, а поэтому в последующей работе по установлению диагноза врач должен тщательно разобраться в этих данных и руководствоваться прежде всего личным обследованием ребенка на основе клинического опыта.

Исследуя ребенка, изучая его личность, врач не должен это делать без учета условий, в которых живет и формируется ребенок. Поэтому наряду со сбором анамнестических сведений о раннем развитии ребенка, о перенесенных болезнях необходимо ознакомиться также с особенностями домашних условий ребенка, отношением к нему в семье: есть ли наблюдение за ребенком, обеспечена ли ему помощь, или он предоставлен самому себе, нет ли конфликтных ситуаций в семье и т. д. Необходимо узнать об отношении к ребенку школьного детского коллектива.

Все эти данные помогут врачу глубже разобраться в личности ребенка и отграничить подлинные формы нервной неполноценности от временных, случайных патологических состояний, обусловленных неблагоприятными условиями среды и быта.

Хорошо собранный анамнез — существенный материал для установления правильного диагноза. Однако врач должен также помнить, что анамнестический материал лишь один из компонентов в общей системе изучения ребенка. Окончательное суждение о состоянии ребенка формируется на основе учета всех данных о ребенке.

3. СОМАТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При установлении и уточнении диагноза умственной отсталости врач-психоневролог должен учитывать и особенности соматического развития ребенка. Особенности физического развития умственно отсталых детей во многих случаях бывают настолько своеобразны, что могут служить основанием для суждения как о тяжести повреждения центральной нервной системы, так и о времени ее повреждения. Чем грубее, массивнее и раньше возникло повреждение, тем отчетливее выявляется неполноценность соматического состояния этих детей.

Обследование ребенка начинается с внешнего осмотра. Прежде всего обращает на себя внимание непропорциональность физического развития этих детей, их общая дисплазия.

Особенно часто встречаются различные изменения объема, размеров и формы черепа, что стоит в тесной зависимости от развития патологически измененного мозга. Размеры черепа могут быть резко уменьшены, так, например, окружность его у ребенка 7—8 лет и старше 45—48 см (микроцефалия). Размеры черепа бывают и резко увеличены, достигая у ребенка такого же возраста 60 см и больше в окружности (макроцефалия).

Может быть резко увеличен передне-задний размер черепа (долхоцефалия) или верхне-нижний (башенность). Нередко встречается шарообразная форма черепа.

Часто можно видеть асимметричные, бугристые черепа.

Эти и многие другие важные особенности в строении черепа могут быть также выявлены при его рентгенографическом исследовании, которое обнаруживает те же изменения размеров (микроцефалия и макроцефалия) и формы (шарообразность, башенность, долихоцефалия) черепа, а также часто встречающееся утолщение или истончение костей черепа, особенно костей свода, с ранним закрытием швов и обызвествлениями по их ходу. В рельефе костей свода обычно можно видеть усиленные или, наоборот, ступневатные пальцевые вдавления и усиленные тени пахионовых грануляций и венозных синусов. Нередко встречаются изменения турецкого седла и клиновидных отростков.

Описанные рентгенологические данные подтверждают перенесение умственно отсталыми детьми органических поражений мозга и мозговых оболочек.

Такие часто встречающиеся симптомы, как шарообразность и увеличение черепа, резкие пальцевые вдавления в рельефе костей свода, усиление теней пахионовых грануляций, вен дилатации венозных синусов, свидетельствуют о наличии гидроцефалии и гипертензионных синдромов у большого числа умственно отсталых детей. Важно указать, что характер рентгенологической картины у очень многих детей говорит о давности процесса, приведшего к изменениям костей черепа (утолщение основания черепа, сглаженность рисунка внутренней костной пластинки, ступневатность пальцевых вдавлений).

У умственно отсталых детей нередко отмечаются многочисленные нарушения формы, размеров и соотношений в строении скелета. Эти нарушения в дальнейшем способствуют развитию дефектов осанки, обусловленных слабостью костно-связочного аппарата.

При тяжелых бульбарных расстройствах бывает изменено дыхание ребенка; акты жевания и глотания совершаются с затруднением при наличии очень обильной саливации. Лицо ребенка приобретает особенное выражение беспомощности и растерянности, оно обычно бледно, из полукоткрытого рта течет слюна, речь неясная, весь внешний облик указывает на глубокое повреждение центральной нервной системы.

Очень характерно также изменение конфигурации зубов, нарушение их роста, задержка или преждевременное появление молочных зубов. Зубная ткань обычно неполноценна, зубы в большом количестве поражаются кариесом, наблюдаются эрозии, дефекты эмали, налеты и другие отклонения.

Кожа умственно отсталого ребенка нередко бывает значительно изменена вследствие расстройств вегетативных и трофических функций организма. Особенно характерны ее заболевания у детей с поражением центральной нервной системы. Целый ряд изменений наблюдается в ее окраске, влажности, эластичности, реакциях вазомоторов (дермографизм) и др.

В изучении организма как единого целого особенно значительное место занимает определение состояния эндокринного аппарата, нарушающегося при поражении центральной нервной системы, регулирующей гормональные функции.

При нарушении деятельности эндокринных желез происходит нарушение гормонального равновесия, физического и нервно-психического развития ребенка.

В детском возрасте эндокринные расстройства зависят от нарушения деятельности целых групп желез и сопровождаются расстройством роста и обмена. В подростковом периоде особое значение приобретает состояние щитовидной железы, гипофиза и половых желез, действующих в едином комплексе.

Щитовидная железа является одним из регуляторов основного обмена; она оказывает влияние на тонус вегетативной нервной системы, на функцию надпочечников и гипофиза.

При заболевании щитовидной железы задерживается и извращается физическое и психическое развитие ребенка, нарушаются процессы окостенения, страдают трофика кожи и обмен веществ. Клинически выраженная форма гипofункции щитовидной железы — микседема; при гиперфункции — базедовизм.

Гипофиз влияет на рост тела ребенка в течение первых четырех лет и в период полового созревания. Он оказывает влияние на процессы обмена веществ и рост организма. При гиперфункции передней доли гипофиза развивается гигантизм, при гипofункции наблюдается карликовый рост.

При гипofункции средней доли и отчасти задней доли гипофиза развивается ожирение с недоразвитием половых органов.

Гормоны коры надпочечников влияют на обмен углеводов, минеральный обмен, функцию почек, мышечную деятельность.

При гиперфункции надпочечников у девочек в возрасте 12—13 лет развивается гипертрихоз, ожирение. У мальчиков наблюдается преждевременное половое развитие, пигментация кожи, гипертония.

У детей-олигофренов все указанные явления нередко проявляются в целом ряде гормональных расстройств, выражающихся в задержке роста, изменениях жирового и тканевого обмена, в нарушении тонуса организма. Такие расстройства нередко наблюдаются при болезни Дауна.

При исследовании внутренних органов наблюдаются своеобразные особенности в дыхательной и сердечно-сосудистой системах, выражающиеся в нарушении регуляции их функциональной деятельности. Эти особенности выявляются в изменении темпа, ритма и амплитуды дыхательных движений, отличающихся от нормальных показателей.

Темп дыхания значительно учащен: до 26—36 и больше дыхательных движений в одну минуту вместо обычных 18—22, наблюдаемых у школьников в норме. Само дыхание поверхностное, неровное — аритмичное. Кроме того, в силу целого ряда

анатомических причин (при дефектах нёба, носоглотки, наличии полипов) многие дети имеют ротовой тип дыхания вместо нормального, носового.

Спирометрия, определяющая жизненную емкость легких и количество объемного воздуха, бывает значительно снижена.

Наблюдается изменение ритма сердечных сокращений, отличающихся высокой лабильностью. Частота пульса от 90 до 120 ударов. Тоны сердца часто напряжены и сопровождаются шумами неорганического характера различной интенсивности.

Кровяное давление при олигофрении нередко дает настолько низкие показатели в сравнении с показателями кровяного давления у нормальных детей школьного возраста, что приходится констатировать явление гипотонии, связанной с общей физиологической неполноценностью вазомоторов.

Существует тесная связь между нарушениями регуляции функциональной деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой систем, нарушениями эндокринной системы, вазомоторными расстройствами, кишечными расстройствами, поскольку центральная нервная система регулирует деятельность организма в целом и взаимоотношения его с внешней средой.

Для оценки физического развития и состояния здоровья ребенка требуется учитывать весь комплекс показателей в следующем порядке:

1. Телосложение, осанка, антропометрические измерения:
 - а) телосложение (узкое, смешанное, широкое);
 - б) осанка (правильная, неправильная, сутуловатость);
 - в) рост в положении стоя;
 - г) вес;
 - д) размеры и форма черепа, окружность его (в см);
 - е) форма грудной клетки; окружность ее в положении покоя, вдоха и выдоха (в см);
 - ж) состояние позвоночника (его искривления);
 - з) длина и пропорциональность конечностей.

Для определения степени физического развития детей данные антропометрических измерений сравнивают со средними стандартными возрастными показателями. В настоящее время пользуются стандартом Московского педиатрического института.

На основании проведенных исследований устанавливается, по каким показателям ребенок отстает или превосходит возрастные показатели (табл. 1 и 2).

2. Состояние питания ребенка (общее исхудание или истощение; недостаточная выраженность жировоголожения с дряблостью кожи живота, лица, конечностей, оттянутостью кожи по аксиллярной линии, резко обозначенными ребрами и надключичными пространствами).

3. Кожные и слизистые покровы.

Малокровие I и II степени можно установить только на основании бледности слизистых оболочек и кожи, так как доказано,

что эти признаки совпадают с низкими показателями гемоглобина и субъективными жалобами исследуемых детей на головокружение, утомляемость и т. п.

4. Лимфатические железы.

Лимфатизм устанавливают на основании двустороннего увеличения не менее трех пар желез размером до горошины. Железы в норме не прощупываются.

5. Мышечный аппарат.

Степень развития мускулатуры определяют по рельефу и упругости мышечной ткани. Динамометрию исследуют детским динамометром, который ребенок зажимает в вытянутой руке. Стрелка указывает на количество килограммов, которое может выжать ребенок. Показатели правой и левой рук сравниваются.

6. Железы внутренней секреции.

Щитовидная железа исследуется пальпаторно при слегка запрокинутой голове. В момент глотательного движения врач большим и указательным пальцами устанавливает размер и консистенцию железы. Учитываются следующие отклонения в состоянии эндокринных желез. Гипотиреоз — щитовидная железа дряблая, едва прощупывается, кожа дряблая и бледная, усилены отложения жира, волосные покровы выражены слабо.

При гипертиреозе щитовидная железа увеличена, отмечают экзофтальм и тахикардия. Явления гипертиреоза нередко бывают в пубертатном периоде. При поражении гипофиза часты расстройства роста и состояния питания ребенка, гипогенитализм и недоразвитие вторичных половых признаков.

7. Внутренние органы:

а) Органы дыхания исследуют методами перкуссии, аускультации, а также методом рентгеноскопии. При этом учитывают только такие стойкие изменения, как остатки плевритов и пневманий. Отмечается склонность к заболеваниям дыхательных путей, к бронхаденитам.

Специальное внимание обращается на наличие у детей рахита и туберкулезной интоксикации I и II степени. При туберкулезной интоксикации этих степеней у детей наблюдается, кроме положительных результатов проб Пирке и Манту, повышенная утомляемость, плохой аппетит, упадок питания, субфебрильная температура. При интоксикации II степени эти симптомы выражены более резко, может быть лимфаденит.

б) При исследовании сердечно-сосудистой системы определяют пульс (его частота, характер, наполнение, ритм), левую и правую границы относительной тупости сердца, локализацию сердечного толчка, характер и частоту тонов сердца (громкий, глухой, нечистый 1-й тон, пресистолический шум, систолический шум, акцент на 2-м тоне легочной артерии).

Соответственно комплексу признаков различают органические пороки сердца и функциональные расстройства сердечной деятельности.

Кровяное давление, по Короткову, исследуют аппаратом Риза-Рочи и измеряют обычно в сидячем положении. На правую руку накладывают манжетку, размеры которой приспособлены для детской руки. Учитывается максимальное и минимальное давление.

Важное значение для суждения о функциональном состоянии дыхательной и сердечно-сосудистой систем имеет проведение спирометрии и дыхательной пробы.

Спирометрией определяют жизненную емкость легких, т. е. то количество воздуха, которое ребенок способен выдохнуть после глубокого вдоха. Величина жизненной емкости легких в значительной степени зависит от тренировки, возраста и пола. Исследование ее проводится с помощью спирометра.

Функциональную дыхательную пробу производят в положении сидя. Ребенок делает три глубоких вдоха и выдоха. На четвертом вдохе он задерживает дыхание. Этот момент регистрируется секундомером. Время задержки дыхания оканчивается и отмечается в тот момент, когда исследуемый не может более задерживать дыхание и производит выдох. Этот момент служит сигналом конца пробы. Дыхательная проба очень проста и убедительна и широко применяется при обследовании детей и подростков.

Полученные результаты спирометрии и дыхательной пробы сравнивают со стандартными возрастными показателями.

в) Органы пищеварения исследуют пальпацией и перкуссией. Учитываются субъективные жалобы на плохой аппетит, склонность к диспепсическим явлениям.

В целом соматическое исследование ребенка помогает разобратся в причинах, которые могут вести к неуспеваемости, и тем самым облегчает диагностику.

4. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Умственная отсталость ребенка всегда имеет в своей основе поражение центральной нервной системы, главным образом коры больших полушарий головного мозга. Поэтому неврологическое исследование, обнаруживающее признаки такого поражения и выявляющее особенности его у ребенка, обязательно для врача медико-педагогической комиссии.

Однако необходимо помнить, что неврологическое исследование для диагностики умственной отсталости может быть использовано лишь в сопоставлении с другими методами исследования. В самом деле, органическая симптоматика может быть результатом самых разнообразных заболеваний. Только при значительной диффузности поражения коры больших полушарий в раннем детском возрасте дальнейшее развитие нарушается в такой мере, что возникает умственная отсталость. Поэтому неврологическое исследование тем ценнее, чем оно больше говорит о состоянии

у ребенка высших корковых функций, об особенностях протекания червтовых процессов в коре больших полушарий головного мозга. Такая направленность неврологического исследования составляет специфику его при работе с умственно отсталыми.

Кроме того, необходимо учитывать, что при исследовании умственно отсталых детей, подлежащих обучению во вспомогательной школе, мы имеем дело с остаточными явлениями давно закончившихся острых процессов. Симптомы, свидетельствующие о бывшем поражении центральной нервной системы, обычно очень легки, подчас динамичны. Это требует особой тщательности и тонкости неврологического исследования.

Умственно отсталые дети плохо ориентируются в окружающей обстановке и плохо понимают даваемые им инструкции. Это нужно всегда помнить при проведении исследования и толковании полученных результатов.

Приступая к неврологическому исследованию, врач должен поставить перед собой следующие вопросы:

1. Имеются ли у данного ребенка следы перенесенного органического поражения центральной нервной системы и в чем они выражаются?

2. Как массивно поражение центральной нервной системы, носит оно очаговый или диффузный характер? Если поражение носит локальный характер, то какие частные функции оно нарушает?

3. Что дает неврологическое исследование для суждения о состоянии высших корковых функций ребенка?

Необходимо, чтобы по ходу исследования врач намечал также возможные пути компенсации дефекта.

Переходим к описанию того, что может быть обнаружено при неврологическом исследовании умственно отсталых детей.

Особенности черепа, телосложения, роста, кожи, подкожно-жировой клетчатки у этих детей были описаны выше, в разделе, посвященном соматическому обследованию ребенка. Деформации и изменения объема черепа часто бывают связаны с нарушениями развития мозга и расстройствами ликворообращения. Нарушения роста, телосложения, состояния упитанности нередко отражают собой недостаточность диэнцефальной области мозга. Исследование черепно-мозговых нервов у умственно отсталых детей обнаруживает ряд симптомов, указывающих на поражение ствола мозга, кортико-нуклеарных путей и коры больших полушарий. Эти нарушения заключаются в изменении формы и величины зрачков, вялости и асимметрии зрачковых реакций на свет, косоглазии, нистагме, нарушении иннервации лицевой мускулатуры и языка, нарушениях жевания, глотания и фонации. Обычно указанные симптомы бывают выражены негрубо.

Большое значение имеет состояние у ребенка зрения и слуха, так как плохое зрение и слух могут задерживать развитие, мешать ребенку учиться и иногда стимулировать умственную отсталость.

лость. Острота зрения определяется с помощью таблиц, а острота слуха — путем определения расстояния, с которого ребенок воспринимает шепотную и разговорную речь (описание методов см. выше).

При этом нужно помнить о том, чтобы ребенок правильно понял, что от него требуется. То же самое относится и к исследованию поля зрения — периметрии. Сами по себе поля зрения у умственно отсталых детей обычно не имеют четких отклонений от нормы. Подманив же детей смыслом этого исследования и отношением их к исследованию придать периметрии дифференциально-диагностическое значение. Умственно отсталые дети с трудом понимают, что от них требуется, не умеют одновременно фиксировать глазом одну точку и следить за появлением или исчезновением другой, ответы их легко становятся неадекватными, превращаясь в инертные речевые стереотипы.

В случае обнаружения у ребенка какого-либо расстройства зрения и слуха необходимо дополнительное специальное обследование со стороны окулиста и отоларинголога.

Исследование у умственно отсталых детей глазного дна может порой способствовать диагностике. Нередко на глазном дне обнаруживаются легкие застойные явления в виде расширения и извитости вен и нечеткости границ сосочка зрительного нерва. Иногда обнаруживаются в той или иной мере выраженные атрофические явления. Все это свидетельства бывших воспалительных процессов. У детей, отсталых на почве врожденного сифилиса, нередко наблюдаются изменения глазного дна, специфические для этого заболевания.

Иногда у умственно отсталых детей с более грубыми очаговыми поражениями коркового отдела зрительного анализатора наблюдаются явления оптической агнозии, т. е. такого нарушения зрительного анализа и синтеза, когда ребенок при порочной остроте зрения не узнает предметы и их изображения на картинках. Заподозрить такое состояние можно, если ребенок при достаточной остроте зрения оказывается не в состоянии узнать некоторые простые картинки, изображенные пунктиром фигуры, силуэтные фигуры и т. д. Ребенок, обнаруживающий явления зрительной агнозии, обычно вместе с тем испытывает значительные затруднения в чтении и письме. Он с большим трудом узнает и различает буквы, плохо удерживает в памяти их начертания, не выдерживает строк при письме. Нередко этот ребенок путает направления в пространстве, не может твердо запомнить расположение комнат в школе, путает место, на котором он сидит в классе. Процесс рисования у этих детей обычно также резко нарушается, так как он требует наличия четких зрительных образов предметов и четкого представления о направлении отдельных линий в пространстве. Уверенно говорить о явлениях зрительной агнозии можно лишь в тех случаях, когда все эти симптомы выступают при относительной сохранности интел-

дети, ребята; в случаях, когда умственное развитие его резко отстало, эти нарушения нельзя относить только за счет расстройства зрительного анализатора.

Поражение у умственно отсталых детей коркового отдела слухового анализатора с клиническими явлениями сенсорной афазии описаны в разделе об исследовании речи.

Двигательные нарушения у умственно отсталых детей многообразны. Грубых параличей у них обычно не наблюдается. В большинстве случаев могут быть обнаружены лишь очень легкие симптомы гемипарезов, выявляемые только при врачебном обследовании и незаметные для окружающих. Такими симптомами могут быть укорочения и атрофии конечностей; слабость тех или иных мышечных групп, обнаруживающаяся при сравнительном исследовании силы правых и левых конечностей (пронирование кисти, отвисание стопы); быстрое утомление паретичных конечностей (опускание поднятой руки или ноги, покачивание при стоянии на одной ноге). Паретичной рукой ребенок менее ловок и менее быстро выполняет тонкие движения (разведение и сведение пальцев рук, противопоставление большого пальца руки, попеременное супинирование и пронаирование кисти, сгибание и разгибание пальцев ног).

Нарушения мышечного тонуса у умственно отсталых детей своеобразны. Кроме легкого повышения его по пирамидному типу, в группах мышц паретичных конечностей наблюдаются диффузные изменения тонуса денерваторного характера. Эти нарушения заключаются в том, что дети не умеют произвольно расслаблять свои мышцы; поэтому при исследовании у них тонуса врач испытывает сопротивление.

Нередко у умственно отсталых детей встречаются симптомы, указывающие на поражение подкорковых узлов, — гипомимия, монотонный голос, некоторая скованность и бедность движений, изменения тонуса мышц по экстрапирамидному типу, легкие хореоформные, атетонидные и тикообразные гиперкинезы.

Однако специфичными для состояния двигательной сферы у умственно отсталых детей являются не только что описанные симптомы парезов и подкорковых расстройств, а нарушения сложных двигательных координаций, связанных с деятельностью коркового отдела двигательного анализатора. На исследование этих координаций следует обратить особое внимание.

Наблюдая умственно отсталых детей на уроках физкультуры, ритмики, ручного труда, в столярной, слесарной, переплетной и швейной мастерских, за игрой на перемене, можно видеть, что их движения неловки, неуклюжи, малодифференцированы, сопровождаются обилием синкинезов и персевераций.

Подобные нарушения движений, в основе которых лежит расстройство сложных двигательных координаций, можно наблюдать и при врачебном исследовании в специальных пробах.

Так, если предложить умственно отсталому ребенку, например, взять на руку, прижать ее пальцам так же, как и у врача, то можно видеть, как ребенок долго ищет нужную позу, помогает себе другой рукой, выполняет привычные комбинации пальцев вместо заданных и не замечает своих ошибок. Такие нарушения говорят о расстройстве двигательных координаций, связанных с анализом проприоцептивных раздражений. Характерно, что чувство положения и движения при этом остается сохранным — это лишь один раз свидетельствует о расстройстве движений вследствие недостаточности именно высшего анализа и синтеза проприоцептивных раздражений.

Могут наблюдаться нарушения движений и вследствие недостаточности сложных пространственных координаций. Для обнаружения этой недостаточности ребенку предлагается, например, скопировать позу рук врача с точным соблюдением их пространственной ориентации. Обычно умственно отсталый ребенок долго вглядывается в положение рук врача, воспроизводит элементы заданной позы, неправильно располагает руки в отношении их друг к другу и к своему телу, не может отказаться от зеркальности в выполнении задания.

Резкие нарушения сложных двигательных координаций проявляются у умственно отсталых детей и при выполнении всех проб, требующих быстрой смены одного движения на другое, при выработке автоматизированных последовательных движений. Эти пробы умственно отсталые дети выполняют очень медленно; они с трудом переключаются с одного движения на другое, пересверивают только что сделанное движение; автоматизации последовательных движений у них не происходит или она недостаточна. Для выявления этих нарушений можно предложить ребенку последовательно сжимать руку в кулак, ставить ее на стол ребром ладони и класть на стол ладонью ладья. Можно предложить и другие задания, например: сгибать руку в локте с одновременным разжиманием кулака, чередуя это движение с разгибанием руки в локте и одновременным сжатием руки в кулак.

Расстройства построения сложных произвольных движений на основе анализа проприоцептивных раздражений, расстройства пространственной и временной организации сложных двигательных координаций, недостаточность автоматизации двигательных навыков специфичны для состояния двигательной сферы умственно отсталых детей и зависят от поражения коркового отдела двигательного анализатора.

Все нарушения сложных двигательных координаций у умственно отсталых детей резче проявляются в тех случаях, когда им предлагается совершить те или иные движения не по подражанию, а по словесному указанию, особенно в условиях абстрактной, воображаемой ситуации.

Состояние кожной и проприоцептивной чувствительности у умственно отсталых детей исследовать трудно, так как дети легко отвлекаются, не сосредотачиваются на задании, плохо понимают задачу сравнить два раздражения. При этом дифференциально-диагностическое значение исследования кожной и проприоцептивной чувствительности заключается не в обнаружении каких-либо локальных ее расстройств, а в выявлении у ребенка нейродинамических нарушений сложной аналитико-синтетической деятельности, связанной с речью.

Обычную инструкцию при нанесении тактильных и болевых раздражений («Одинаково чувствуешь или нет?») умственно отсталые дети понимают плохо. Приходится несколько упрощать задание и давать инструкции: «Закрой глаза и говори «да», когда я до тебя дотронусь» или «Закрой глаза и говори «да», когда я тебя тихонько уколю». Такие инструкции умственно отсталые дети обычно понимают сразу и могут их повторить. Вначале дети дают правильные ответы. Однако в дальнейшем их ответы все чаще становятся стереотипными, вроде «да, да, да» или «укололи, укололи, укололи», вне всякого соответствия с реально нанесимыми раздражениями. При переходе к более трудным заданиям, связанным с необходимостью усвоения более сложных инструкций, дифференцирования нескольких раздражений (исследование чувства положения и движения, дискриминационного чувства, штриховой чувствительности), частота и грубость речевых стереотипов резко возрастают.

У имбецилов эти нарушения бывают значительно грубее, чем у дебилов, и выполнение ими подобных, даже простых, заданий нередко совсем невозможно.

У нормальных детей, ослабленных тяжелыми инфекционными и соматическими заболеваниями, а также в состоянии утомления, могут встречаться отдельные речевые стереотипы при исследовании кожной и проприоцептивной чувствительности. Но эти стереотипы никогда не носят такого стойкого характера и не бывают так грубы, как у умственно отсталых детей.

Нарушения сухожильных и кожных рефлексов наблюдаются у всех умственно отсталых детей. Обычно сухожильные рефлексы повышены, зоны их расширены, брюшные и подошвенные рефлексы, наоборот, снижены или отсутствуют. Эти нарушения сухожильных и кожных рефлексов обнаруживаются всегда на стороне пареза, а часто и на другой стороне тела, свидетельствуя тем самым о двусторонности поражения мозга.

Ряд изменений сухожильных и кожных рефлексов может отражать собой некоторые особенности кортикальной нейродинамики. Так, трудность вызывания сухожильных рефлексов, сочетающаяся с неумением ребенка расслабить свои мышцы, может быть результатом слабости активного тормозного процесса, а большая истощаемость сухожильных и особенно кожных рефлекс-

сов — результатом слабости во будильного процесса. Тонкость и малочисленность сухожильных рефлексов могут быть показателями нарушения подвижности и других процессов. У многих умственно отсталых детей состояние сухожильных и кожных рефлексов крайне лабильно, что может быть связано с колебаниями в состоянии кортикальной нейроциклики.

Как правило, у всех умственно отсталых детей обнаруживаются те или иные патологические рефлексы. Наиболее часто наблюдаются рефлексы орального автоматизма и симптом Бабинского, который обычно не груб и имеет клонический характер. Встречаются и другие патологические симптомы (симптомы Россолимо, Оппенгейма, Шефера, Пуссера, Болорада, Мендель-Бехтерева и др.).

Условнорефлекторная деятельность у умственно отсталых детей имеет некоторые особенности. Это может помочь диагностике и пониманию структуры дефекта ребенка. Выработка простых условных связей у умственно отсталых детей происходит легко: выработанные связи обычно довольно стойки. Простые же дифференцировки к этим связям нередко вырабатываются уже с затруднением. При ускорении или замедлении темпа исследования, при подаче какого-либо дополнительного раздражения дифференцировочные связи легко срываются. Бросается в глаза инертность нервных процессов у умственно отсталых детей, что проявляется в выраженности последовательного возбуждения и торможения, в трудности переделки сигнального значения раздражителей, в легкости образования инертных двигательных стереотипов.

Умственно отсталые дети не полностью рассказывают о том, что они делают в эксперименте; они недостаточно регулируют речью свои двигательные реакции; частично и не сразу усваивают речевые инструкции. Нередко словесное обобщение опыта не соответствует действительности, а то, что ребенок делает, расходится с речевой инструкцией, данной ему и удержанной им.

Усложнение заданий (более сложная система раздражителей, более тонкие дифференцировки, увеличение числа вырабатываемых связей и т. п.) еще более резко выявляет нарушения условнорефлекторной деятельности у этих детей.

Исследовать основные закономерности условнорефлекторной деятельности умственно отсталого ребенка можно в известных условиях, в обстановке врачебного приема. Для этого в кабинете во время исследования не должно быть лишних лиц. Ребенок усаживается напротив врача. Ему предъявляется тот или иной раздражитель (цветная палочка, листок бумаги, звук камертона и т. д.). Предъявление условного раздражителя подкрепляется словами: «подними руку», «хлопни в ладоши». Таким образом вырабатывается положительная условная связь. Для выработки дифференцировочной связи берется какой-либо другой раздражитель (палочка иного цвета, звучание другого камертона

и т. д.). Предъявление этого раздражителя подкрепляется словами: «не надо поднимать руку», «не надо хлопать в ладоши». После исследования этих связей можно выработать при помощи речевого подкрепления или образовать по предварительной речевой инструкции и другие, более сложные связи.

По ходу опыта и по окончании его ребенку ставятся вопросы, с тем чтобы получить словесный отчет.

Для проведения подобного ориентировочного исследования врачу необходимо быть знакомым с принципами и приемами исследования условнорефлекторной деятельности в условиях лаборатории.

Итак, сформулируем основные характерные черты неврологической симптоматики, обнаруживаемой у умственно отсталых детей.

1. Неврологическая симптоматика диффузна (имеются симптомы поражения и пирамидных путей, и подкорково-диэнцефальной области, и ствола мозга, и, что особенно важно, коры больших полушарий). Часто наблюдается преобладание правосторонней или левосторонней симптоматики.

2. Имеются многочисленные симптомы поражения коры головного мозга (дифференцированный характер парезов; особенности мышечного тонуса; резкое нарушение произвольных движений в виде их неловкости, замедленности, апрактичности, обилия персевераций; трудности аналитико-синтетической деятельности с обилием инертных речевых стереотипов, что выявляется при исследовании кожной и проприоцептивной чувствительности; нарушения условнорефлекторной деятельности).

3. Симптоматика легка, не груба, нередко проявляется лишь в динамических особенностях тех или иных симптомов (меньшая ловкость и точность движения паретичной руки, большая утомляемость паретичной конечности при статическом напряжении; денерваторный характер нарушений мышечного тонуса; чрезмерное повышение сухожильных рефлексов, их тоничность, маятникообразность, большая выраженность с одной стороны тела; понижение и истощаемость кожных рефлексов, опять-таки больше выраженных с одной стороны тела; легкие, преходящие патологические знаки).

В заключение приводим типичный протокол¹ обследования ученика вспомогательной школы С., 11 лет, с анализом полученных результатов.

Сережа С., 11 лет, ученик IV класса вспомогательной школы. Мальчик маленького роста, диспластичного телосложения.

¹ В протоколе описано лишь то, что представляет собой какое-либо отклонение от нормы.

Правая носо-губная складка больше, чем левая. При соскалывании с языка складка, как и левая, не выражена. При соскалывании с языка складка, как и левая, не выражена. При соскалывании с языка складка, как и левая, не выражена.

Обнаруживается легкая атрофия мышц правой кисти. Правая рука короче левой на 1 см, окружности предплечья и кисти справа меньше на 1 см, чем слева. При поднимании рук правая рука вскоре устает и опускается. Ребенок с меньшей силой сопротивляется при сгибании и разгибании правой руки, чем левой; с меньшей силой сжимает в кулак правую руку, чем левую, мелкие движения пальцев правой руки менее ловки и дифференцированы, чем левой.

При исследовании мышечного тонуса во всех группах мышц обнаруживаются денерваторные нарушения, резче всего выраженные в правой руке.

Временами во всех конечностях наблюдаются легкие хореоформные подергивания.

Мальчик неловок и неуклюж, произвольные движения, особенно тонкие, выполняет напряженно и замедленно, с обилием синкинезий.

При задании воспроизвести позы рук врача ребенок долго их «ищет», помогает себе пальцами другой руки и справляется в конце концов с построением только простых поз. Такие же трудности наблюдаются и при копировании положений языка и губ врача.

Пространственное расположение рук врача ребенок воспроизводит не сразу, фрагментами и только зеркально.

Задание произвести ряд последовательных движений рукой ребенок выполняет очень медленно, часто повторяя по 2—3 раза только что бывшее и с трудом переключаясь на последующее.

При исследовании кожной и проприоцептивной чувствительности ребенок правильно передает смысл простой инструкции: «Закрой глаза и говори, трогаю я тебя или нет», — и правильно выполняет эту инструкцию. Более же сложные инструкции: «Закрой глаза и говори, куда я буду двигать твой палец» (чувство положения и движения) или «Закрой глаза и говори, сколькими кончиками — одним или двумя — я буду тебя трогать» (чувство дискриминации), — ребенок усваивает не сразу, только после 3—4-кратного повторения их. Выполняя эти задания, он почти сразу же начинает стереотипно отвечать: «Вверх — вниз — вверх — вниз» и «Один — два — один — два», что расходится с характером реально наносимых раздражений. Смысл данных ему инструкций при этом ребенок продолжает передавать правильно.

Сухожильные рефлексы у мальчика вызываются не сразу, неравномерны, повышены с обеих сторон, но справа больше, чем слева. Особенно резка разница в высоте бицепсальных рефлексов. Коленные рефлексы тоничны, больше справа. Брюшные рефлексы справа не вызываются, слева они понижены и очень истощаемы. Подошвенные рефлексы отсутствуют. Вызываются ладонно-подбородочные рефлексы слева и справа, двусторонний легкий кивающий симптом Бабинского и симптом Богорада слева.

Итак, у мальчика обнаруживается большое количество легких симптомов органического поражения центральной нервной системы.

Сглаженность правой носо-губной складки и уклонение языка вправо, отставание в росте правой руки со снижением силы ее мышц и с повышением соответствующих сухожильных рефлексов говорят о поражении средне-нижнего отдела двигательного анализатора в левом полушарии мозга.

Однако имеются симптомы поражения и других отделов двигательного анализатора как слева, так и справа. Об этом свидетельствуют уклонение язычка влево, двустороннее повышение всех сухожильных рефлексов, хотя и резче справа, исчезновение брюшных рефлексов справа, понижение и резкая истощаемость слева, двустороннее отсутствие подошвенных рефлексов, наличие двусторонних ладонно-подбородочных симптомов и симптома Бабинского.

Поражены также подкорковые узлы (хореоформный гиперкинез) и ствол мозга (асимметрия зрачков, вялость зрачковых реакций на свет, косоглазие), а принимая во внимание результаты исследования терапевта — и дисэнцефальная область (отставание ребенка в росте, некоторая адипозность).

Ряд симптомов выдает грубое поражение коры головного мозга. Об этом свидетельствуют дифференцированный характер центрального пареза (страдают иннервация мышц, языка и пальцев руки, а иннервация не страдает), неумение ребенка расслабить свои мышцы при исследовании тупуса; резкое нарушение произвольных двигательных координаций (неловкость, замедленность движений, их апрактичность, множество перестроений); трудности удержания словесных инструкций и подчинения им своей деятельности с наличием одновременного множества инертных речедвигательных стереотипов, что выявилось при исследовании кожной и проприоцептивной чувствительности.

Таким образом, неврологическое исследование данного ребенка обосновывает диагноз диффузного поражения мозга с преимущественно заинтересованностью коры больших полушарий, что и лежит в основе умственной отсталости.

5. ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Изучая различные виды деятельности ребенка, его игру, учебную работу, особенности интеллектуальных процессов, мы тем самым изучаем и речь ребенка. Речь умственно отсталых отличается рядом особенностей: наблюдается длительно задерживающееся косноязычие, которое нормальный ребенок изживает к 5—6 годам; бедность словаря, грамматических форм, негибкость и узость значений слова, непонимание синонимов, переносного смысла слов.

Наиболее слаборазвитыми у умственно отсталого ребенка являются именно те функции слова, которые имеют наибольшее значение для развития обобщения и отвлечения. Иногда ребенок довольно легко ориентируется в конкретном материале, но необходимость отвлечения от конкретного представляет для него большие трудности, и речевое оформление в таких случаях остается крайне бедным. Наряду с этим мы имеем случаи, когда речь ребенка кажется довольно хорошо развитой; однако при более внимательном наблюдении мы убеждаемся в том, что она состоит в основном из готовых, механически усвоенных форм, речевых штампов, лишенных реального содержания. Соотношение двух сигнальных систем в том и другом случае будет различно, и речь будет играть различную роль в структуре деятельности ребенка.

Кроме указанных особенностей речи у умственно отсталого ребенка, не следует забывать о том, что большинство умственно отсталых детей страдает и явно выраженными нарушениями речи, которые в свою очередь тормозят их развитие. Это влияние речевых нарушений настолько велико, что нередко служит причиной отказа в приеме ребенка даже во вспомогательную школу.

Речевые нарушения умственно отсталых детей очень разнообразны по своим формам и соответствуют в этом отношении таким же нарушениям, наблюдаемым у детей массовой школы. Это — дислалии, дизартрии, заикание, нарушения речи, связанные со сниженным слухом, и нарушения типа различных афазий и алалий. По своим внешним проявлениям все речевые наруше-

лины укладываются в ... богатству ... речит
косноязычия (неправильное произношение звуков), ... бедности или недоразвития речи ...

При более тщательном, специальном обследовании ... обнаруживается, что за внешне ... дефектом произношения или заиканием можно вскрыть разную картину речевых расстройств, обусловленных различными причинами: если у одних детей все их речевое нарушение ограничивается темпальным произношением нескольких звуков, притом ... в одном случае с моторными трудностями произношения, а в другом — с нарушением акустического восприятия, то у других детей мы одновременно обнаруживаем крайнюю бедность словаря и грубые аграмматизмы.

Все сказанное говорит о том, что речь ребенка требует подробного, специального обследования, имеющего своей задачей довольно широкое, определенное содержание и свою методику.

Обследование речи логопедом должно проводиться полностью по следующим разделам: понимание речи (как обиходной, так и более сложных ее форм), анализ словаря, грамматического строя речи, произношения, темпа речи, плавности ее и, наконец, навыков чтения и письма в соответствии с длительностью и успешностью школьного обучения обследуемого ребенка. Специально следует отмечать отношение ребенка к своим речевым затруднениям.

Прежде чем перейти к изложению логопедического обследования, считаем необходимым отметить, что всякое речевое нарушение у умственно отсталого ребенка приобретает особое значение, так как при нарушении деятельности коры головного мозга в целом компенсация недостатка оказывается очень затруднительной, а иногда и невозможной для ребенка без постоянной помощи, что еще больше снижает возможности его общего развития.

Так, умственно отсталый ребенок, страдающий тугоухостью, обычно не может научиться самостоятельно пользоваться чтением с лица, что могло бы заменить ему недостаточное слуховое восприятие речи окружающих.

Умственно отсталый ребенок, страдающий механической дислалией (в результате массивной уздечки языка или недостаточности мягкого нёба), не сумеет найти обходные артикуляционные пути для более или менее правильного произношения звуков, так же как ребенок с явлениями псевдобульбарного паралича (причем не очень значительными) не сумеет с помощью достаточно энергичной артикуляции преодолеть вялость артикуляционных органов.

Само собой разумеется, что более глубокие нарушения речи типа афазий, имеющие отношение прежде всего к формированию словаря и грамматического строя речи, особенно неблагоприятны для развития умственно отсталого ребенка.

Переходим к речевому обследованию ребенка

Для проведения такого обследования необходимо иметь некоторые минимум пособий: 2—3 сюжетные картинки с простым, понятным ребенку содержанием, серию картинок с изображением отдельных бытовых предметов (одежда, посуда, овощи, животные и т. д.), наборное полотно с разрезной азбукой, 2—3 различных букваря, книги для чтения (I, II, III классы).

Обследование состояния слуха. Подробные указания о методике обследования слуха даны в разделе «Дети с дефектами слуха и речи», и их можно полностью использовать при логопедическом обследовании ребенка.

Понимание речи. Полноценное понимание речи — необходимая предпосылка как правильного развития речи, так и успешного обучения. Понимание речи может быть недостаточным на различных уровнях, поэтому логопед проверяет, понимает ли ребенок:

а) названия различных бытовых предметов, т. е. может ли он в ответ на название (без сопровождения жестом) указать один из предметов, находящихся перед ним или изображенных на картинке;

б) обобщающие слова типа «одежда», «посуда» и т. п.;

в) фразы бытового характера, например: «Где твоя шапка?», «Хочешь ли кушать?», более сложную: «Кто сидит позади тебя?», «Что лежит под столом?»;

г) небольшой рассказанный или прочитанный текст. Не следует требовать, чтобы ребенок пересказал прослушанное, так как последнее может быть недоступно из-за состояния экспрессивной (собственной) речи; достаточно проследить реакцию ребенка на содержание жестом, мимикой, отдельными восклицаниями, предложить ряд вопросов по содержанию.

Экспрессивная (собственная) речь ребенка обследуется в отношении:

а) богатства и бедности словаря как на основании всего наблюдения над речью ребенка, так и по предметным картинкам;

б) грамматического строя речи (по сюжетным картинкам). Отмечается характер употребляемых фраз: короткие, элементарные, стереотипные или развернутые, свободные; особое внимание обращается на правильность согласования в глагольных и падежных окончаниях, правильность употребления предлогов;

в) произношения — с точки зрения правильности структуры произносимых слов (наличие перестановок звуков внутри слова, сокращений слов за счет выпущения слогов, недоговаривания окончаний вплоть до употреблении одного слога из слова) и правильности произношения отдельных звуков слова. Предлагается называть предъявляемые предметы (или их изображения), в названия которых входят проверяемые звуки (звук *р* — «рука», «рама»; звук *л* — «лампа», «лопатка», «лук»; звук *с* — «собака», «санки», «сумка» и т. д.).

В случае неточного произношения предлагается произнести тот же звук по подражанию изолированно или в простом слове «са», «со», «су», отмечается характер искажения звука — опускается совсем (вместо «рука» — «ука») или дается другой звук (вместо «рука» — «лука»).

Если ребенок умеет произнести оба смешиваемых звука, важно проверить, различает ли он их на слух, для чего предлагается повторить сочетание типа «та — да», «ба — па», «ла — ра», со слуха указать, как нужно правильно говорить, например «толка» или «коска». Со всей полнотой это удается проверить в том случае, если ребенок знает буквы и умеет писать;

г) темпа речи — слишком быстрый или слишком медленный;

д) плавности речи. Отмечается наличие более или менее частых и тяжелых запинок, заикание. При наличии последнего отмечаются вспомогательные движения — руками, ногами, головой.

Письменная речь является сложной речевой формой, которая развивается на базе устной речи. Вполне понятно, что нарушения устной речи обычно находят то или иное отражение при обучении грамоте. Анализ этого отражения позволяет глубже проанализировать все речевое нарушение в целом.

На отборочную комиссию приходят дети после более или менее длительного и в той или иной степени успешного школьного обучения чтению и письму. Это дает возможность логопеду и обязывает его проверить состояние навыков письменной речи и проанализировать характер трудностей обучения грамоте обследуемых учащихся в сопоставлении с прочими данными речевого и общего педагогического обследования.

В случае затруднений в обучении чтению и письму необходимо в соответствии с программой класса, в котором учился учащийся, проверить состояние навыков, входящих как составные элементы в сложные, динамически изменяющиеся навыки чтения и письма. В процессе обучения формирование этих навыков происходит одновременно; они переплетаются, взаимно подготавливая переход каждого из них на новую, более высокую ступень.

В целях выявления наиболее характерных для каждого ребенка трудностей необходимо проверить состояние каждого из составных навыков отдельно, учитывая его связи и зависимость от всех остальных и значение в общем процессе обучения грамоте, а именно:

а) анализ воспринятой на слух фразы: деление на составляющие ее слова. Для проверки нужно предложить ребенку сосчитать количество слов в сказанной ему простой фразе («Мама дома», «Собака убежала», «На столе лежит книга», «Я иду в школу» и т. п.);

б) анализ слова: деление его на слоги. Предложить сосчитать количество слогов в сказанных словах (2—3 сложных, из простых открытых слогов, более сложных);

в) звуковой анализ слова (фонематический). Звуковой анализ слова особенно труден и требует длительной и систематической тренировки. В конечном счете он заключается в умении выделить отдельные звуки слов, причем с сохранением той последовательности, в которой они даны в слове. Звуковой анализ проходит ряд последовательных ступеней: выделение любого звука из слова (чаще всего ударного); выделение первого звука, последнего звука; анализ от простого двусложного слова до анализа любого слова;

г) знание букв. Оно должно быть тщательно проверено, причем необходимо отдельно проверить умение назвать указанные буквы (может быть затруднено в том или ином объеме при дислалиях, дизартриях, нарушениях типа моторной афазии); показать среди других названную букву (может быть затруднено при нарушениях деятельности акустического анализатора); написать буквы под диктовку (может быть затруднено при нарушениях деятельности зрительного анализатора);

д) усвоение слияния: умение прочесть слог и сложить или написать названный слог;

е) умение ориентироваться в книге и тетради: держать книгу правильно, читать и писать в правильном направлении с соблюдением строки.

Только после проверки всех указанных навыков можно перейти к проверке собственно чтения и письма. В отношении чтения отмечается побуквенное чтение, или слоговое, или только отдельных знакомых слов, беглость чтения, правильность его и понимание читаемого.

В отношении письма проверяется правильность списывания, письма под диктовку и самостоятельного письма.

Материал для диктанта и самостоятельного письма должен быть взят в соответствии с состоянием этих навыков у ребенка в результате школьного обучения.

В письме анализируются ошибки. Особый интерес представляют ошибки, искажающие структуру слова, и ошибки фонетического характера. На неправильно произносимые звуки и парные смешиваемые звуки следует дать для диктанта специально подобранные слова и фразы (например: «рука, рама, ложка, школа, сумка» и т. п.; или «крыса — крыша», «мышка — мишка» и т. п.).

Наличие указанных ошибок говорит о том, что недостатки произношения оказали задерживающее влияние на развитие звукового анализа или явились следствием нарушения его деятельности, что может говорить о тугоухости или о нарушении деятельности мозгового конца звукового анализатора.

При некотором навыке такое обследование речи не будет требовать особенно большой затраты времени, но даст богатый, а иногда и основной материал для решения вопроса о направлении ребенка в ту или иную школу.

6. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Психопатологическое исследование ребенка в методико-педагогической комиссии должно быть направлено на изучение всех сторон его личности.

У детей, направляемых для обучения во вспомогательную школу, отмечается недоразвитие сложных форм психической деятельности. Эти дети обычно не осознают с нужной полнотой поставленной перед ними задачи, упрощают сложное задание и чаще всего выполняют лишь отдельные его элементы. Они затрудняются в установлении сложной системы связей, не могут прочно регулировать свои действия соответственно данному учителем заданию; у них недоразвита способность к отвлечению и обобщению. Таков основной симптом всякого слабоумия, который неизбежно выявляет себя в любом предложенном ребенку задании, решение которого предполагает известный уровень развития способности к отвлечению и обобщению.

Недоразвитие сложных форм психической деятельности, являясь основным симптомом для детей, которые подлежат направлению во вспомогательную школу, имеет решающее значение при отграничении их от тех детей, которые не подлежат направлению во вспомогательную школу. Поэтому анализ сложных форм психической деятельности должен занять центральное место при психопатологическом изучении ребенка.

Не меньшее значение для психопатологического изучения имеет характер работоспособности ребенка.

Нарушение работоспособности приводит к снижению школьной успеваемости детей, что нередко дает повод к диагностическим ошибкам. Снижение работоспособности связано с функциональной недостаточностью коры больших полушарий головного мозга и может проявиться в различных клинических симптомах.

В случаях астенизации обычно наблюдается быстро наступающее утомление, головные боли, что нередко сопровождается вегетативными реакциями (ребенок бледнеет, потеет, потягивается, зевает). Состояние быстро наступающего утомления часто проявляется и в том, что ребенок не может удержать в уме данного ему задания. При повторении задания он нередко удерживает лишь его отдельные фрагменты. Это легко можно видеть при удержании условия задачи, продиктованной фразы или арифметического примера.

При психопатологическом исследовании необходимо обращать большое внимание на особенности поведения ребенка.

Одни дети упорядочены в своем поведении, контактны и доступны для исследования. Они внимательно, сосредоточенно выслушивают данное им задание, предварительно ориентируясь в нем, отвечают не спеша и обдуманно. Иногда дети приступают к выполнению задания очень медленно, но выполняют его тща-

тельно и аккуратно, хотя замедленность в выполнении задания остается для них типичной.

Однако среди детей, направляемых в медико-педагогическую комиссию, могут встречаться дети с неправильным поведением. Они беспокойны, возбуждены, импульсивны. Такие дети не способны выслушать задание от начала до конца и приступают к его выполнению без всякой предварительной ориентировки. Они выполняют задание поспешно, небрежно, дают необдуманные, импульсивные, обычно неверные ответы.

В психическом состоянии ребенка должны найти свое отражение такие явления, как смена настроения, склонность к аффективным вспышкам, повышенная раздражимость, плаксивость, утомляемость.

Изучение моторики имеет также большое значение. Выраженные параличи и парезы встречаются у олигофренов довольно редко, но движения детей остаются однообразными, невыразительными. Они обычно плохо переключаются с одного движения на другое; не могут по словесному заданию дать смысловых, выразительных движений, а равно движений в воображаемой ситуации.

Изучение моторики ребенка позволяет врачу использовать своеобразные изменения моторики в дифференциально-диагностических целях.

При психопатологическом исследовании существенное внимание должно быть обращено на общее развитие личности ребенка в его отношении к окружающей действительности, к людям, к ситуации. При этом особенно важно выяснить, понимает ли ребенок свои затруднения в обучении, возникают ли у него переживания в связи со школьными неудачами, есть ли у ребенка отношение к оценке, может ли он соотнести оценку с качеством выполненной им работы. Важно выяснить, возникает ли у него критическое отношение к завышенной или заниженной оценке.

У детей, подлежащих направлению во вспомогательную школу, все эти особенности личности оказываются недоразвитыми. У них не возникает правильного отношения к оценке, они не соотносят оценку с выполненной работой, а главное, не осознают и не понимают своих затруднений в обучении.

В тех же состояниях, которые часто смешиваются с олигофренией (цереброастеническое состояние, невротическое развитие, дети с отдельными локальными западениями), не обнаруживаются специфические изменения личности, которые характерны для различных форм слабоумия.

В состояниях, лишь внешне сходных с олигофренией, дети относятся очень болезненно к своим затруднениям и тяжело их переживают. Они ведут себя адекватно ситуации, понимают отношение окружающих к себе и способны соотнести оценку с качеством выполненной ими работы.

При изучении всех особенностей личности ребенка в целях правильного комплектования вспомогательной школы врач-психоневролог должен использовать различные методические приемы.

В клинической беседе, с которой обычно начинается психопатологическое исследование, уже обнаруживается недостаточная ориентировка умственно отсталых детей в окружающей действительности. Нередко вопросы, направленные на выяснение ориентировки детей в месте, времени, в отношении людей между собой, обнаруживают их психическое недоразвитие. Так, например, на вопрос: «Где ты живешь?» — ребенок нередко отвечает: «Дома» или указывает детали («на втором этаже»), не воспроизводя адреса и оказываясь не в состоянии рассказать, как можно найти его квартиру. На вопрос: «Как зовут твою маму?» — умственно отсталый ребенок 10 лет может ответить: «Мама» или «Тетя Катя»; о том, где работают отец и мать, отвечает: «На работе».

Таким образом, в беседе обнаруживается, насколько ребенок ориентируется в окружающем, выясняются его представления об окружающем, запас его сведений. Беседа дает возможность установить, в какой мере ребенок способен обобщить жизненные факты и дать им ту или иную оценку.

Одним из наиболее известных приемов, которым пользуется врач-психоневролог, является наблюдение за поведением ребенка. Наблюдение следует проводить целенаправленно. Врач должен заранее установить, какую задачу он себе ставит при наблюдении.

Наиболее ценный материал метод наблюдения дает при изучении особенностей поведения ребенка и общего уровня развития его личности. Наблюдения за ребенком должны проводиться при различных видах его деятельности: во время игры, при выполнении того или иного задания, в беседе с ним и т. д. Так, например, инфантильные дети ведут себя адекватно в игровой ситуации, где они достаточно инициативны, оживленны, заинтересованы. Но тот же самый ребенок в школьных условиях становится вялым, пассивным, утомленным, раздражительным, капризным.

Сопоставление данных наблюдения за ребенком в разных условиях может быть использовано врачом в дифференциально-диагностических целях.

Основной симптом детей, подлежащих направлению во вспомогательную школу, — недостаточность сложных форм психической деятельности, связанная в первую очередь с недоразвитием познавательных процессов.

Недоразвитие познавательной деятельности наиболее отчетливо выявляется в процессе обучения ребенка. Поэтому обычно применяемые в клинике методы наблюдения и клиническая беседа недостаточны, что и диктует необходимость использования

ряда дополнительных приемов исследования. Этими дополнительными приемами исследования являются:

- 1) изучение состояния школьных навыков;
- 2) понимание литературного текста;
- 3) анализ затруднений при решении арифметических примеров и задач;
- 4) специальные психологические методы исследования.

При изучении состояния школьных навыков ребенка врач подвергает психопатологическому анализу отдельные затруднения в процессе обучения письму и чтению и стремится выяснить патофизиологические механизмы, которые лежат в основе указанных затруднений.

Например, затруднения в чтении и письме, а также в запоминании зрительного образа букв или трудности в различении сходных букв обычно связаны с нарушением зрительного анализа и синтеза. Но сходные по своей внешней форме затруднения в письме и чтении могут быть обусловлены и недостатками произношения. Наконец, подобные явления вызываются и общим снижением работоспособности ребенка. Затруднения в обучении также зависят от моторных нарушений. Они равным образом могут быть обусловлены и недостаточностью пространственных представлений (зеркальное письмо).

Недостаточность слухового анализа и синтеза в свою очередь ведет к значительным затруднениям в письме, поскольку ребенок не дифференцирует близкие по звучанию фонемы, не способен выделить отдельный звук из целого слова, не может найти место звука в слове, не в состоянии подобрать слово на тот или иной звук.

Ошибки типа пропусков, недописок, перестановок, удваивания букв, слогов, слов, которые встречаются как при письме под диктовку, так и при списывании и сочетаются с достаточным звуко-буквенным анализом, могут быть обусловлены функционально-динамическими нарушениями центральной нервной системы.

Таким образом, изучение затруднений, которые испытывает ребенок в письме и чтении, имеет большое значение для психопатологического исследования и может дать ценный материал для дифференциальной диагностики. Затруднения в ходе усвоения навыков чтения и письма могут встречаться и у детей, не подлежащих направлению во вспомогательную школу. Мы имеем в виду детей с временной задержкой развития, локальными нарушениями, цереброастеническими состояниями. Понятно, что затруднения в письме и чтении приобретают дифференциально-диагностическое значение лишь при сопоставлении их с другими симптомами.

Если затруднения в чтении и письме носят стойкий характер и не связаны с грубыми нарушениями в пределах отдельного анализатора, то это дает основание предполагать, что в основе этих затруднений лежит недоразвитие всей аналитико-синтети-

ческой деятельности ребенка. При усвоении навыков письма и чтения нарастают затруднения, вызванные усложнениями задания, а равно и неспособность ребенка использовать оказанную ему в процессе обучения помощь дают право врачу видеть в этих затруднениях проявление основного симптома олигофрении.

Отчетливые нарушения обнаруживаются у детей-олигофренов уже при проверке их элементарных представлений о числе и в их счете. При наиболее глубоких формах олигофрении отмечаются значительные дефекты в сохранении обычного числового ряда (вместо которого ребенок может называть случайные числа), в соотношении названного числа с количеством предметов, в понимании и выполнении арифметических действий и особенно в переходе к отвлеченным операциям пересчета. Особенные трудности бывают у детей при переходе к счету в уме: еще очень долго олигофрены продолжают считать с помощью пальцев. Большие затруднения вызывает у таких детей задача сказать, на сколько одна предложенная группа предметов больше (или меньше) другой.

Недостаточность познавательной деятельности выявляется и в тех затруднениях, которые испытывают умственно отсталые дети при решении арифметических задач. Для того чтобы решить задачу, ребенок должен образовать смысловую связь между числами, имеющимися в задаче, наименованием и словесной формулировкой условия задачи.

Невозможность для ребенка (даже после длительного периода обучения) самостоятельно установить связи между отдельными элементами задачи и есть проявление недоразвития его познавательной деятельности.

При изучении умственно отсталых детей врачу необходимо обратить особенное внимание на состояние речи, и в частности на понимание устной и письменной речи, умение выразить свою мысль, выполнить требуемое задание по речевой инструкции. Все это имеет большое значение для правильного решения вопроса о направлении ребенка во вспомогательную школу.

Для этого целесообразно использовать изучение того, как ребенок понимает литературный текст, сюжетные и последовательные картинки.

Изучение понимания ребенком литературного текста имеет также большое значение для характеристики основного симптома при различных формах слабоумия. Наибольшие трудности испытывают дети, подлежащие направлению во вспомогательную школу, в тех случаях, когда понимание смысла рассказа требует установления связей между отдельными частями текста или выхода за пределы текста путем рассуждения, умозаключения, на основе целенаправленного использования собственного опыта.

Эти затруднения и есть проявление недоразвития познавательных процессов.

Трудности в понимании рассказа или сказки, как правило, не отмечаются у детей с временной задержкой развития, при цереброастенических состояниях, невротическом развитии. Самостоятельно разумеется, анализ затруднения в понимании литературного текста в сопоставлении с другими симптомами также может быть использован в диагностических и дифференциально-диагностических целях.

Для дифференциальной диагностики большое значение приобретает экспериментально-психическое исследование процессов отвлечения и обобщения.

Уже при описании сюжетной картинки можно выявить, насколько ребенок способен охватить ситуацию, изображенную на ней, и установить сложную систему связей, необходимую для понимания смысла картинки. Умственно отсталые дети или перечисляют отдельные предметы на картинке, или (в лучшем случае) устанавливают лишь частичные связи. Еще более ценный материал для обследования дает использование последовательных картинок, связанных единством сюжета.

Понимание последовательных картинок требует от ребенка умения установить временные и причинные связи, проанализировать отдельные моменты и сопоставить их между собой, выделить существенное и найти общую мысль в ряде картинок и, наконец, дать целую цепь рассуждений. Именно поэтому характер решения этого задания особенно ярко выявляет недостаточность познавательной деятельности при олигофрении.

Большое значение для выявления основного симптома имеет метод классификации, так как это — один из наиболее эффективных приемов исследования процессов отвлечения и обобщения.

Подробно описанные в последующих разделах настоящего пособия методы психологического исследования ребенка помогают выявлению недостаточности познавательной деятельности, и поэтому такие приемы обязательно должны быть использованы врачом при психопатологическом изучении ребенка. Эксперимент дает возможность наблюдать процесс работы, причины затруднений, пути их преодоления, изменение работы в зависимости от изменения инструкции или характера предъявленного материала.

Основные приемы психопатологического исследования, на которых мы кратко остановились в данном разделе, в первую очередь должны быть использованы врачами-психоневрологами, осуществляющими отбор детей во вспомогательные школы. Именно поэтому представлялось целесообразным в сжатой форме перечислить все основные приемы исследования умственно отсталого ребенка, направленные на выявление основного симптома.

Глава VI

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА В МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

1. ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА В МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

Перед педагогом — членом медико-педагогической комиссии стоит ответственная задача. Он должен дать обоснованное педагогическое заключение о том, подлежит ли данный ребенок обучению во вспомогательной школе или он может при соответствующих условиях продолжать обучение в массовой школе.

Существуют различные группы детей, которые испытывают значительные затруднения в обучении и тем не менее которых не следует направлять во вспомогательную школу.

Для того чтобы решить вопрос, в какой школе может обучаться ребенок, педагог должен тщательно обследовать его. Для этого в медико-педагогическую комиссию вспомогательная школа выделяет наиболее опытных педагогов, хорошо понимающих свою задачу и знакомых с методами изучения ребенка.

Обратимся к вопросу о том, каковы основные принципы педагогического обследования, при каких условиях заключение о ребенке может считаться правильным и обоснованным.

Комплектность и всесторонность обследования ребенка. Определить, является ли данный ребенок действительно умственно отсталым или он отстает в обучении по другим причинам, можно с достаточной степенью достоверности лишь при совместной (комплексной) работе врача и педагога.

Врач-психоневролог устанавливает симптомы последствий мозгового заболевания на основе медицинского обследования, однако в своем заключении о ребенке он в значительной степени опирается и на педагогические данные.

Педагог может на основе своего обследования подтвердить, что препятствием к успешному обучению является в данном случае умственное недоразвитие ребенка, или опровергнуть это предположение.

Для правильного определения причин школьной неуспеваемости имеют значение и показания других специалистов: врача-педиатра, глазного врача, отоларинголога. Например, бывают случаи, когда педагог считает ребенка неспособным к обучению оттого, что он плохо понимает объяснения, не может повторить вопроса учителя; при этом педагог иногда не учитывает дефектов слуха, которые могут быть не очень существенными в обыден-

ной жизни, но дают себя знать в процессе обучения, где требуется большая точность восприятия и воспроизведения.

Ребенок развивается как целостный организм, поэтому медицинские показатели не могут быть для педагога чем-то внешним, посторонним. Педагог всегда должен всесторонне ознакомиться с ребенком. Физическая ослабленность, дефекты речи, недостатки зрения и слуха могут существенно влиять на формирование умственного развития ребенка и снижать школьную успеваемость. Педагогу необходимо в каждом отдельном случае понять, как сочетаются эти дефекты ребенка с другими особенностями его развития и воспитания. Ребенок с хорошим умственным развитием легче справится с трудностями, которые возникают у него в процессе обучения; например, он может успешно учиться при таких недостатках слуха или зрения, которые нарушили бы весь процесс обучения у умственно отсталого ребенка. В тех случаях, когда мы имеем дело с незначительным дефектом слуха или зрения у нормального ребенка, достаточно осуществить самое простое мероприятие (например, дать ребенку очки, пересадить его на первую парту), для того чтобы он перестал быть неуспевающим. Иногда необходимо оказать ребенку и некоторую индивидуальную помощь на занятиях. Отсюда ясно, что результаты медицинского и педагогического обследования должны анализироваться и обсуждаться совместно врачом и педагогом.

Большое значение имеет логопедическое обследование. Логопед должен помочь отличить умственно отсталого ребенка с дефектами речи от неуспевающего в школе ребенка-логопата с нормальным умственным развитием. Педагог учитывает при этом данные обследования врача и логопеда. Необходимо ознакомиться также с анамнезом, который включает в себя историю развития и обучения ребенка, с характеристикой, присланной из массовой школы, а также с работами самого ребенка (тетради, рисунки).

На основе изучения всех этих материалов педагог составляет план обследования ребенка.

Целостность и конкретность педагогического обследования. Неправильно поступит педагог, если будет пытаться изучать различные стороны развития ребенка изолированно. Нельзя исчерпать общую характеристику развития ребенка заключением о состоянии его внимания, памяти и других психических функций. Такие заключения часто бывают произвольными, необоснованными.

Психическое развитие ребенка не представляет собой суммы развития отдельных, якобы заложенных от природы и изолированных способностей; оно протекает прежде всего в различных видах деятельности, которые формируют умственное развитие ребенка. Уже в дошкольном возрасте ребенок непрерывно действует, общается с окружающими детьми и взрослыми. В процессе деятельности и общения он развивается. Каждому возрасту

свойственны свои, наиболее важные виды деятельности, какими, например, являются игра в дошкольном возрасте, учение — в школьном. У ребенка с отклонениями в развитии эти основные виды деятельности оказываются или задержанными в развитии, или значительно измененными.

Поэтому наблюдение конкретной деятельности ребенка составляет важнейшую сторону его изучения. Однако, наблюдая ребенка, учитель должен знать, на что необходимо обратить особое внимание, для того чтобы понять, является ли ребенок умственно отсталым.

Умственные способности ребенка развиваются в процессе познания им окружающего мира. С самого раннего возраста ребенок проявляет интерес ко всему, что его окружает. Он старается взять в руки, ощупать, рассмотреть незнакомый ему предмет, интересуется животными, растениями, вещами и их свойствами, жизнью, трудом и отношениями людей. К моменту поступления в школу опыт нормально развивающегося ребенка довольно велик: он не только знает свойства, особенности и назначение многих вещей, но и сравнивает их между собой, устанавливает сходство и различие, обобщает, делает выводы. Только на этой основе возможно школьное обучение, усвоение системы знаний.

Ребенок, мышление которого не достигает такого уровня развития к моменту поступления в школу, не может успешно обучаться наравне со своими нормально развитыми сверстниками. Он не в состоянии успешно производить отвлечение нужных признаков и на основе этого отвлечения обобщать воспринимаемые им сигналы; он не может решать сложные задачи, требующие предварительного рассуждения, и регулировать этим рассуждением соответствующее течение ассоциаций. При педагогическом обследовании ребенка в медико-педагогической комиссии особенно важно обратить внимание на эти особенности. В процессе обследования педагог старается ставить ребенка в такие условия, давать ему такие задания, которые позволили бы определить, отделяет ли ребенок существенные свойства предмета от несущественных, может ли установить сходство и различие, отнести предмет к определенной категории (например, животные, овощи, посуда). Он пытается установить, может ли ребенок понять причинную связь, уловить основную мысль рассказа, сказки, понять смысл сюжетной картинки, зависимость между смысловыми элементами задачи и т. п.

Обследуя ребенка в диагностических целях, педагог не только проверяет знания ребенка, но и стремится выявить развитие основных сторон его познавательной деятельности, наиболее существенных в процессе обучения.

Для этого нет необходимости обязательно проводить какие-либо специальные, искусственные исследования. Материал для нужных заданий можно найти в любом букваре, задачнике, книге для чтения. Надо только ясно представить себе, в чем заклю-

чается задача учителя при обследовании ребенка, направляемого во вспомогательную школу.

Создавая соответствующую обстановку и условия, предлагая ребенку определенные конкретные задания, педагог имеет возможность не только ознакомиться с результатами его работы, но и наблюдать самый процесс деятельности ребенка.

Педагог наблюдает, может ли ребенок осуществлять целенаправленную деятельность, устойчив ли он в своей деятельности, проявляет ли интерес, как он относится к успеху и неудаче, как преодолевает трудности. На методах и приемах обследования учебной и игровой деятельности ребенка мы остановимся ниже.

Индивидуальный подход в процессе обследования и установления контакта с ребенком. Обследуя ребенка как с целью дифференциальной диагностики, так и с любыми другими целями, необходимо прежде всего установить личный контакт исследователя с ребенком. Без этого результаты обследования будут сомнительными или неверными, как бы ни была хороша методика.

Общение педагога с ребенком в медико-педагогической комиссии является по необходимости кратковременным. Учитывая это, педагог должен создать благоприятные условия для деятельности ребенка: обеспечить его интерес к работе, спокойное настроение, стимулировать в процессе работы, создать уверенность в успехе. Если исследователь не понимает состояния ребенка (различные виды негативизма, заторможенности или возбуждения, характерные для детей с отклонениями в развитии), если ребенок не понимает исследователя, дает формальные ответы или решает, по существу, не ту задачу, которая перед ним поставлена, то полагаться на результаты обследования нельзя. Для того чтобы установить необходимый контакт с ребенком, надо по возможности учитывать его индивидуальные особенности. Например, если педагог сразу начнет обследование ребенка-логопата с выполнения заданий, требующих большой речевой активности, ребенок может замкнуться, затормозиться, и результаты всего обследования могут оказаться неверными. Если же вначале предложить такому ребенку задания, которые не вынуждают его выполнять то, что его больше всего затрудняет, не травмируют его, он лучше раскроет свои положительные возможности и позволит в дальнейшем обследовать также и те виды деятельности, в которых он больше всего затрудняется, так как будет уже доверять педагогу и искать его помощи.

Ребенок с большими пробелами в знаниях, с длительным опытом неудач в обучении отрицательно реагирует на все, связанное со школой, он насторожен, неуверен в себе. Обследование такого ребенка целесообразно начать с игровой или полугривой деятельности. Нелегко бывает иногда подойти к обследованию ребенка, который испытывает затруднения в чтении и письме.

Эти данные часто маскируют свой эффект, подменяя действительность чтением выученным наизусть, догадками и т. п.

В тех случаях, когда педагог при обследовании не учитывает индивидуальных особенностей ребенка и ограничивается стандартными вопросами, результаты обследования оказываются ошибочными.

Изучение в процессе обучения. Одним из важнейших принципов педагогического обследования является изучение ребенка в процессе его обучения. Раньше считали, что, для того чтобы обследование было правильным, не надо вмешиваться в процесс работы ребенка. Это утверждение исходило из неправильного понимания психического развития ребенка.

Ребенок развивается в процессе обучения и воспитания. Вопрос об отношении между развитием и обучением имеет основное значение для выяснения способностей ребенка. Лучшим критерием для определения способностей является выяснение того, насколько обучение способствует развитию ребенка, формированию новых видов его психической деятельности. Чем выше умственное развитие ребенка, тем более успешно он может научиться выполнять то или иное задание самостоятельно, перенести полученный опыт в новую ситуацию, использовать предложенную ему помощь, для того чтобы выполнить другое, аналогичное задание.

Умственно отсталый ребенок в основном отличается от интеллектуально нормального не тем, что одни из них верно решает определенные задачи, а другой неверно, но тем, что ребенок с нормальным умственным развитием значительно лучше использует оказанную ему помощь. Воспринимая данные ему указания более обобщенно, нормальный ребенок вследствие этого легче и правильнее применяет их при выполнении нового задания. Если ребенок может выполнить определенную задачу с некоторой помощью учителя, это значит, что она находится в пределах его возможностей, что он скоро научится выполнять ее самостоятельно. Поэтому педагог должен всегда обращать внимание на то, насколько улучшается работа ребенка при его помощи; только эта помощь должна быть не случайной, а систематической, продуманной и соответствующей уровню развития и знаний ребенка.

Выявление положительных возможностей ребенка. При обследовании ребенка нельзя ограничиваться выявлением его трудностей и недостатков. Необходимо обращать внимание и на положительные стороны его работы, поведения, интересов, особенностей характера, на которые можно опереться в процессе обучения и воспитания.

При педагогическом обследовании следует отказаться от употребления искусственных, условных приемов изучения, подобных тем, которые применялись при тестовой методике. В основном надо использовать школьный или близкий к школьному мате-

риал для письма и счета (картинки, рассказы, басни, задачи и т. п.).

Подбор материала должен быть в каждом отдельном случае целенаправленным. Педагог заранее определяет, на что следует обратить особенное внимание в данном случае, причем нужно иметь в виду, что каждое наблюдение может быть использовано для выводов не в одном, а в нескольких направлениях. Это особенно необходимо ввиду краткости времени, каким располагает педагог в период работы комиссии. Например, можно предложить ребенку рассказ, для того чтобы выяснить, в состоянии ли он передать последовательность событий. Но цель может быть и другой: выяснить, умеет ли он понять внутренний смысл рассказа, сделать самостоятельный вывод.

В начале обследования, как уже было сказано выше, целесообразно дать ребенку легкую задачу, для того чтобы создать у него благоприятную установку, обеспечить успех, повысить уверенность в себе. Затем можно дать задачу более трудную, для того чтобы проследить, как относится ребенок к трудностям, какими путями пытается их преодолевать. Подбор материала должен соответствовать возрасту ребенка, его интересам, учебному стажу, его состоянию в данный момент. Поэтому неизбежны вариации в объеме материала, последовательности, темпе, формулировке инструкции и т. п.; однако общие принципы педагогического обследования должны быть выдержаны даже в тех случаях, когда это обследование не может быть достаточно подробным.

2. МЕТОД БЕСЕДЫ

Особенности беседы как метода обследования ребенка. При решении вопроса о переводе ребенка во вспомогательную школу большое значение в процессе обследования имеет установление личного контакта, без которого все полученные данные могут оказаться недостоверными.

Общение в форме беседы имеет свои специфические особенности, ее ни в какой степени нельзя отождествлять с опросом или заполнением анкеты.

Беседу не следует ограничивать сухой вопросо-ответной формой; она может осуществляться и в процессе игры, и в процессе рассматривания ребенком какого-либо заинтересовавшего его предмета или картинки. При этом взрослый своими вопросами побуждает ребенка мыслить в определенном направлении, вспоминать, догадываться, высказывать определенные суждения и делать выводы. В руках опытного педагога или врача беседа становится методом, вскрывающим целый ряд особенностей ребенка, которые не поддаются учету при других методах обследования, и может иметь существенное значение для диагностики умственной отсталости.

Основная цель беседы при отборе учащихся во вспомогательную школу — общее предварительное ознакомление с ребенком.

В ходе беседы можно выявить особенности поведения ребенка, его эмоциональные реакции, отношение к школьной и семейной ситуации, его склонности и интересы. В процессе такого обследования выясняется общая ориентировка ребенка в окружающем (круг представлений, возможности обобщения).

Беседа имеет большое значение для проведения всего дальнейшего обследования: она помогает сформировать доверие к обследующему и обеспечивает возникновение положительного отношения к выполнению заданий. Беседа дает возможность наметить план обследования и решить, на что в данном случае следует обратить особое внимание.

Содержанием беседы с ребенком при отборе во вспомогательную школу является прежде всего выяснение особенностей ориентировки ребенка в окружающем. Сюда относятся ориентировка

а) в пространстве: где школа, где дом, справа, слева, ближе, дальше и т. д.;

б) во времени: день, ночь, вечер, утро, раньше, позже;

в) в явлениях природы (дождь, снег, ветер), растительного (где растут, полезны или вредны) и животного (чем питаются, где живут) мира;

г) в жизни людей: семья (члены семьи, их занятия, кто где живет, кто старше, кто моложе); школа (школьные занятия и обязанности); учитель, товарищи; успехи и неудачи в школе. Более широкие представления о жизни людей — для учеников городских школ: городской транспорт, фабрики, заводы и т. п.; для учеников сельских школ — виды сельскохозяйственных работ, сельскохозяйственные машины и т. п.

Иногда необходимо задавать ребенку вопросы, выясняющие его отношения к затруднениям в обучении, мотивы его поведения, отношение к сложившейся школьной или семейной ситуации.

Врачу приходится в отдельных случаях включать в беседу вопросы, касающиеся тех или иных болезненных проявлений (головные боли, изменения настроения, припадоподобные состояния, психосенсорные расстройства). В отношении этих вопросов врач должен быть очень осторожным и задавать их лишь в том случае, если ребенок о них знает и не выявляет болезненного отношения к своему состоянию. С другой стороны, врач должен помнить, что отчет умственно отсталого ребенка о своем состоянии и переживаниях может сам по себе быть очень трудно выполнимой задачей; поэтому отрицательные ответы на вопросы еще не дают врачу оснований делать заключение об отсутствии этих болезней.

Здесь намечен лишь примерный круг вопросов, который не может быть исчерпан в каждом отдельном случае. Поэтому беседе следует варьировать в зависимости от имеющихся жалоб, возраста ребенка и его индивидуальных особенностей.

Методика проведения беседы. Сюда относятся

1) подготовка к беседе. Беседа даст нужный для обследования материал только в том случае, если педагог или врач ясно отдаст себе отчет в том, что он хочет выяснить с помощью беседы, и если задаваемые ребенку вопросы не носят случайного характера. Определенная цель и план делают беседу методом, имеющим объективное значение. Поэтому, прежде чем начать беседу с ребенком, педагог или врач должен ознакомиться со всеми материалами, относящимися к ребенку: анамнезом, заключением врачей-специалистов, педагогической характеристикой, тетрадями, рисунками. Ознакомление с материалом помогает решить вопрос, можно ли начать обследование с беседы, на что обратить внимание и как лучше подойти к данному ребенку;

2) вовлечение ребенка в беседу. Необходимое условие успешной беседы — внимательное, бережное отношение педагога к ребенку, благодаря которому устраняется ряд препятствий в общении и создаются условия для действительного выявления возможностей ребенка. Должен быть найден правильный индивидуальный подход к ребенку, чтобы беседа не сводилась к определенному стандарту и трафарету.

Начало беседы может быть разнообразным в зависимости от возраста, развития и состояния ребенка. Иногда надо начинать с чего-нибудь яркого, интересного, эмоционально-привлекательного; в других случаях лучше начинать с простых, деловых вопросов: «Как тебя зовут? Сколько тебе лет? Где ты живешь?» Такие вопросы часто успокаивают ребенка, так как они понятны, привычны и не требуют интеллектуальных усилий.

В тех случаях, когда ребенок осознает свои затруднения, педагог или врач начинает беседу, обещая оказать ему помощь, например: «Ты плохо пишешь?» или «Тебе трудно решать задачи? Ничего, мы тебе поможем...»

Беседа должна иметь характер непосредственного общения с ребенком. Содержание, порядок и формулировка вопросов меняются в зависимости от ответов ребенка, его реакции (например, огорчение, настороженность и т. п.), а также от общего состояния (проявление вялости, возбуждения, отвлекаемости и т. д.).

Беседу с ребенком проводит только один член комиссии — перекрестный опрос ребенка несколькими членами комиссии недопустим.

Во время беседы необходимо тщательно наблюдать за поведением и реакциями ребенка. Без таких наблюдений беседа как метод изучения теряет свое значение. Оценивать ответы ребенка и делать из них какие бы то ни было выводы было бы большой ошибкой. Так, например, если ребенок отказывается от ответа или дает неправильный ответ, далеко не всегда можно говорить о том, что он не знает того, о чем его спрашивают. Часто бывает, что ребенок не был достаточно сосредоточен на предложенном

ему вопросу, не понял его формулировки (тогда как при другой формулировке ответ на данный вопрос его не затрудняет). Иногда ребенок оказывается недостаточно подготовленным к задаваемому вопросу предшествующей беседой и воспринимает его в другой плоскости, чем предполагал педагог. Иногда сама постановка вопроса может иметь внушающий характер.

Есть дети, которые в результате школьных неудач настолько не уверены в себе, что даже на доступный вопрос готовы ответить «не знаю». В отношении таких детей особенно важно начинать с очень простых вопросов и затем переходить к более сложным, а также первое время подбадривать и стимулировать ребенка хорошей оценкой его предыдущих ответов. Очень важно, чтобы лицо, которое проводит беседу, не давало почувствовать ребенку, что его ответ неправилен или неудачен, что бывает иногда необходимо при других методах обследования.

Для общего ознакомления с ребенком и его индивидуальными особенностями всякий ответ представляет определенную ценность, если его правильно понять, исходя из анализа конкретных условий и данных о ребенке, полученных иными путями. Наблюдение показывает, например, в какой степени ребенок, давший неправильный ответ, обнаруживает понимание вопроса, ответ на который он так неудачно сформулировал, и, наоборот, даст возможность установить, что формально правильный ответ является заученным и не осознан ребенком.

Характер контакта ребенка с педагогом (или врачом) в процессе беседы имеет существенное значение для выявления особенностей личности ребенка. Есть дети, которые с трудом вступают в контакт и остаются напряженными, угрюмыми, встревоженными, молчаливыми в процессе всей беседы, отвечают на вопросы неохотно, склонны к негативистическим реакциям; другие довольно быстро осваиваются с обстановкой, оживляются, становятся доверчивыми, приветливыми, охотно отвечают на вопросы.

Одни дети ведут себя в процессе беседы независимо, не считаясь с ситуацией, расторможенны, отвечают необдуманно, поспешно, не выслушивая вопросы до конца; другие ведут себя сдержанно, серьезно, деловито и не спеша отвечают на поставленные вопросы. Все эти и подобные им наблюдения в процессе беседы помогут и при изучении ребенка в процессе конкретной деятельности и при анализе и сопоставлении различных данных.

Значение беседы для правильного диагноза. Правильно проведенная беседа дает некоторое представление об особенностях личности ребенка и его развитии. Именно в беседе можно выявить, какое место в сознании ребенка занимает учебная деятельность, осознает ли он свои затруднения в обучении, может ли критически отнестись к своей работе, поведению.

В результате беседы можно получить некоторые данные о нейродинамических особенностях, присущих ребенку. Вялость, заторможенность или, наоборот, оживленность, расторможен-

ность, резкая отвлекаемость, перескакивание с одного предмета на другой, невозможность удержаться в пределах вопроса — все это позволяет предположить преобладание у него процесса возбуждения или торможения, замедленных или ускоренных реакций.

Беседа дает некоторое представление и об уровне познавательной деятельности. В процессе беседы мы выявляем свойственный ребенку на данном этапе уровень отражения окружающей действительности. Беседа позволяет выяснить правильность его представлений об окружающих предметах и явлениях, умение отделить существенное от несущественного, установить причинные связи.

В процессе беседы становится ясно, какие стороны познавательной деятельности следует подвергнуть более углубленному исследованию. Поэтому беседа представляет собой как бы введение к более пристальному и специальному изучению отдельных сторон психической жизни ребенка. Переход от беседы к обследованию отдельных видов деятельности должен быть планомерным, а для ребенка незаметным и достаточно мотивированным.

3. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ РЕБЕНКА

Для уточнения диагноза, а также правильного понимания особенностей развития личности ценный материал может быть получен путем наблюдения за игровой деятельностью.

Игра — основная, ведущая деятельность ребенка в период дошкольного возраста. В процессе игры ребенок активно знакомится с окружающим миром, со свойствами предметов. Играя, он планирует свои действия, практически осуществляет элементы абстракции и обобщения. В ходе игры формируются основные черты характера, развиваются творческие возможности.

Наблюдение за свободной детской игрой как метод изучения ребенка имеет большое значение; при отборе детей, подлежащих обучению во вспомогательной школе, он может быть применен в различных целях.

Наличие игрового материала успокаивает ребенка, заинтересовывает его, создает непринужденную обстановку. Иногда только через игру удается установить контакт с ребенком, включить его в какую-то деятельность, сделать возможным выполнение заданий. Ребенок, который не успевает в школе и у которого все виды школьных занятий связаны с неприятными переживаниями, часто оказывается отрицательно настроенным, склонным к негативизму или вялым и нерешительным, если обследование начинается с предъявления заданий школьного типа.

Начиная свое знакомство с ребенком через игру, можно добиться, что он станет более открытым, доверчивым, лучше проявит свои положительные возможности при выполнении других видов занятий. Достигнуть этого можно легко и быстро, если

дать ребенку возможность ознакомиться с игрушками и обеспечить ему, что он сможет играть после занятий. В других случаях, когда ребенок малоконтактен и склонен к тормозным реакциям, процесс этот может быть более сложным и длительным. Иногда ребенок вначале отказывается от игры. Тогда ему можно предоставить пассивную роль в игре: сначала ребенок является пассивным зрителем, а затем постепенно сам втягивается в игру. После того как удастся снять таким образом заторможенность ребенка, обследование дает совершенно другие, часто неожиданные результаты. Так, например, если в процессе беседы или ответов на вопросы создается впечатление, что ребенок не понимает обращенную к нему речь, то в процессе игры может обнаружиться, что он ее понимает. Если в процессе занятий (а иногда и в школьной характеристике) отмечено, что ребенок почти не говорит, отвечает только кивком головы или говорит отдельные слова, то в процессе игры может оказаться, что он владеет связной, грамматически правильной речью. Если в классе он производит впечатление тупого и вялого, то в игре он иногда оказывается активным и сообразительным.

Дети, у которых наблюдается резкое расхождение между их интеллектуальными возможностями в процессе игровой и учебной деятельности, требуют особенно пристального внимания, так как в этих случаях чаще всего встречаются диагностические ошибки.

Учитель, который наблюдает ребенка только в процессе обучения школьным навыкам, иногда неправильно судит о его способностях. Наблюдая ребенка в игре, мы не только знакомимся с его положительными возможностями и косвенно с причинами неуспеваемости, но и можем лучше себе представить, в каких видах помощи он нуждается.

Наблюдая игру детей, мы обращаем особое внимание на то, с какой легкостью создает ребенок в игре воображаемую ситуацию со сложной системой связей; ребенок может проявить в игре определенный сложный творческий замысел, которому подчинены отдельные действия, разнообразно использовать отдельные игрушки, вносить варианты в игру, обнаруживать сообразительность, изобретательность, инициативу, способность создавать игровую ситуацию по предложенному извне плану. Естественно, что для этого следует создать необходимую обстановку и предоставить игровой материал соответственно возрасту и индивидуальным особенностям.

Если ученик I класса, направленный по показателям школьной успеваемости для перевода во вспомогательную школу, в игре проявляет себя как интеллектуально нормальный, инициативный ребенок, то мы имеем основание усомниться в его умственной отсталости, сделать попытку помочь ему улучшить успеваемость, используя те сильные стороны, которые обнаруживались при наблюдении за его игровой деятельностью.

Необходимо использовать метод наблюдения за игровой деятельностью и в тех случаях, когда на обследование приходят дети, еще не посещавшие школы и не имеющие никаких школьных навыков.

Если в отношении детей, обучавшихся в массовой школе в течение известного периода, стоит вопрос о выяснении причины их затруднений в обучении, то в отношении детей, не обучавшихся в школе, встает вопрос о готовности к школьному обучению и о возможной динамике их развития.

Игровая деятельность может служить показателем умственного развития, если мы научимся ее наблюдать и анализировать. Попытаемся показать на конкретных примерах, на какие моменты необходимо обратить внимание при наблюдении игровой деятельности (в основном игры с игрушками) отстающего в развитии ребенка.

Рассматривание шкафа с игрушками. Наблюдение начинается с момента, когда ребенок подходит к шкафу с игрушками. Мы наблюдаем, как ведет себя ребенок: есть ли у него эмоциональная реакция, или он остается безучастным, рассматривает ли, говорит ли что-нибудь по этому поводу, высказывает ли желание поиграть, или, едва взглянув на игрушки, переводит взгляд на стол, умывальник и другие находящиеся в комнате предметы, или, не обращая внимания ни на что, начинает выполнять ряд бесцельных и однообразных движений.

Открывание шкафа. Если игрушки заинтересовали ребенка, то он может попросить достать их, открыть шкаф, дать ключ и т. п. Если ребенок не говорит, то он показывает все это жестами. В других случаях мы наблюдаем диффузную реакцию, носящую нецеленаправленный характер. Ребенок рвется к шкафу, кричит, но не предпринимает ничего, что действительно могло бы ему достать игрушку.

Выбор игрушек. Увидев разнообразные игрушки, представленные в его распоряжение, ребенок в одних случаях отбирает те из них, которые могут ему пригодиться для создания определенной тематической игры (например, грузовую машину и кубики или куклу, посуду и мебель и т. п.), откладывая в сторону другие игрушки, т. е. практически проводя их классификацию.

В других случаях мы видим, что ребенок набирает много игрушек, безотносительно к их назначению, иногда старается их присвоить, рассовывает по карманам, чтобы унести домой, и несколько не смущается, когда это обнаруживают.

Использование игрушек. При достаточно хорошем осмыслении ребенок использует игрушки по назначению, например, накладывает кубики на грузовик и свозит их в определенное место. Мебель расставляет так, чтобы можно было поставить на стол посуду, а на стульях рассадить кукол. В противном случае он бесцельно катает машину из угла в угол, и, если

кубики лежат рядом, он не в состоянии создать даже элементарную воображаемую ситуацию, не использует их как груз для перевозки на машине. Мебель, посуду он не расставляет так, чтобы создать ситуацию для игры в куклы, но бессмысленно нагромождает их друг на друга.

Дети с глубокой степенью отсталости не только не умеют дифференцированно использовать игрушки, но часто совсем их не используют: рвут, ломают, иногда облизывают или пытаются взять в рот. В более благоприятных случаях они интересуются отдельными свойствами — окраской, звучанием.

Замысел игры и создание игровой ситуации. Умственно отсталым детям с менее глубокой степенью отсталости доступно создание простейшей игровой ситуации. Однако эта ситуация почти не видоизменяется, и игра оказывается чрезвычайно однообразной. Например, девочка целыми часами развешивает, заворачивает и укачивает куклу, не внося в эту игру никаких вариантов, или мальчик постоянно катает по полу одну и ту же машину, не обращая внимания на другие игрушки.

В игре этих детей проявляется склонность к стереотипии. Умственно отсталый ребенок редко проявляет инициативу в игре. Его ведет не замысел игры, а вещи и их конкретные свойства (если игрушка на колесах, ее можно катать, и т. п.). Он не планирует своей игры, а если и пытается планировать, то этот план легко нарушается случайными внешними моментами.

Поведение ребенка в процессе игровой деятельности. Наблюдение игры дает богатый материал для выявления особенностей моторики ребенка, его пространственных представлений, его поведения.

Во время проведения коллективной игры умственно отсталый ребенок часто не понимает общего замысла, правил игры, распределения ролей. Умственно отсталого ребенка надо учить играть. В процессе такой игры с включением помощи, указаний выявляется возможность научить ребенка использовать показ, словесные указания, создать у него другие навыки, которыми необходимо располагать при поступлении в школу. Помощь ребенку может заключаться в подборе игрушек и в том, что учитель предложит тему для игры, например: «Давай играть в детский сад». Можно сделать попытку внести варианты в игру (используя игрушки, имеющие отдаленное отношение к ситуации: пусть дети поедут в лагерь, пусть кукла принимает гостей и т. п.).

Использование игрового материала во время обследования ребенка при приеме во вспомогательную школу не всегда возможно, однако есть категории детей, в отношении которых оно является совершенно необходимым. К ним относятся прежде всего, как мы видели:

1) заторможенные и неконтактные дети, которых только через игру можно включить в выполнение задания;

2) дети, у которых наблюдается резкое расхождение между состоянием школьных навыков и общей ориентировкой;

3) дети, которые не имеют еще никаких школьных навыков.

Поэтому медико-педагогическая комиссия должна располагать некоторым ассортиментом игрушек. В то же время игрушка может быть широко использована при обследовании любого ребенка младшего (а для отсталых детей и среднего) школьного возраста:

а) как стимул для пробуждения активности ребенка; игрушка облегчает контакт с ребенком, часто дает ключ к пониманию его интересов, эмоций, характерологических особенностей;

б) как экспериментальный материал, позволяющий изучить различные стороны деятельности ребенка: различение цветов, пространственные представления, числовые представления, особенности моторики, подражательность, сообразительность, умение работать по показу, руководствоваться речевой инструкцией и т. п.;

в) как дидактический материал, помогающий выяснить вопрос об обучаемости ребенка, ознакомиться с тем, как образуются у него новые связи, как он использует свой прошлый опыт: может ли обобщить его, перенести на аналогичный материал; доступно ли ему образование более сложных систем связей на конкретном материале, самостоятельное выполнение игрового задания.

4. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНЫХ НАВЫКОВ

В предыдущих разделах этого пособия (главы I и II) мы уже останавливались на том, почему формальные тестовые методики, изучение отдельных психических функций или особенностей не могут дать правильного представления о развитии ребенка и возможности его обучения. Для решения этих вопросов необходимо изучать ребенка в процессе выполнения им конкретной деятельности, и прежде всего тех ее видов, которые непосредственно связаны с процессом обучения.

Поэтому обследование состояния школьных навыков является одной из основных задач педагога при отборе детей во вспомогательную школу. Обследование не должно сводиться только к установлению состояния школьных знаний и навыков. Факт незнания программы еще не раскрывает причин отставания ребенка.

Наблюдая ребенка в процессе выполнения учебных заданий, учитель изучает самый процесс его работы, особенно внимательно останавливается на тех трудностях, которые мешают ему справиться с поставленной задачей.

Исходя из особенностей ребенка и того этапа обучения, на котором он находится, учитель варьирует задания и в случае

необходимости видоизменяет методику обследования, дает дополнительный материал. Таким образом, оказывается возможным тщательно проанализировать и уяснить характер и причины трудностей в обучении.

Запись наблюдений над процессом выполнения ребенком учебных заданий вместе с изучением педагогической характеристики и представленных школой тетрадей ребенка составляют в совокупности основной педагогический материал, который вместе с материалом врачебного исследования ляжет в основу общего заключения комиссии.

Для того чтобы правильно проводить обследование школьных навыков ребенка, педагог-дефектолог, участвующий в медико-педагогической комиссии, должен знать:

- 1) каковы психологические особенности развития данного навыка в процессе обучения;

- 2) какие затруднения на каждом этапе типичны для разных групп отстающих учеников;

- 3) какие приемы (методы) помогают обнаруживать подлинные причины затруднений в обучении на различных этапах.

Перейдем к рассмотрению путей изучения отдельных школьных навыков учащихся и анализа их психологических особенностей.

Чтение и письмо

Все психическое развитие ребенка, его ознакомление с окружающим миром в течение первых лет жизни связаны с овладением родным языком в форме устной речи. К моменту поступления в школу ребенок владеет устной речью настолько, что может понять обращенную к нему речь и выразить свои мысли в понятной для окружающих форме. Однако устной речи как средства общения недостаточно для того, чтобы ребенок мог развиваться дальше и овладевать системой знаний.

В процессе своего развития человечество выработало письменную речь, которая дает возможность закреплять и передавать опыт во всех областях жизни и деятельности.

Без овладения письменной речью (обучение чтению и письму) немыслимо никакое школьное обучение. Письменная речь развивается на базе устной речи. Однако она представляет новый уровень речевой деятельности, требующий специального обучения.

Для того чтобы научиться понимать письменную речь (читать) и выражать с ее помощью свои мысли (писать), ребенок должен проделать большую подготовительную работу.

Чтобы суметь осмысленно прочесть даже отдельное слово, маленький школьник должен усвоить ряд подсобных операций: ему нужно расчленить слово на слоги, правильно прочесть каж-

дый слог и составить из этих слогов целое слово. Но этому нельзя научиться сразу. Для того чтобы суметь расчленить написанное слово на слоги, надо ознакомиться с составляющими его условными знаками — буквами, узнать каждую букву и уметь сочетать ее с соответствующим ей звуком. Нужно, наконец, уметь видоизменять произношение звука в зависимости от того положения, которое занимает буква в целом слог. Понятно, что каждая такая операция является не самоцелью, а лишь средством к овладению смыслом написанного.

Овладение письменной речью требует довольно высокого уровня произвольности и сознательности и в свою очередь играет большую роль в умственном развитии учащихся.

Неправильно было бы сводить вопрос об обучении ребенка чтению и письму к технической возможности прочесть или написать буквы или слова.

Для того чтобы научиться писать, ребенку вовсе не достаточно усвоить только буквы и их начертания. Он должен уметь расчленить слова живой речи на составляющие их звуки, обобщить различно звучащие варианты этих звуков и обозначить все эти варианты одной буквой (например, разное звучание звука *т* в словах «Таня», «тумба», «Тоня», «тепло», «тихо» — одной буквой *т*). Чтобы написать слог или слово, он должен, наконец, усвоить порядок, в котором следуют звуки, составляющие данное сочетание, и записать соответствующие буквы в нужном порядке. Таким образом, первоначальное овладение письмом представляет собой сложный процесс, который, как известно, начинается еще в добукварный период.

Усваивая первые буквы и их сочетание, ребенок ищет за ними хорошо знакомые ему слова родного языка. Это стремление направляет весь процесс обучения грамоте на всех его этапах. В тех случаях, когда такого стремления у учащегося не возникает, мы наблюдаем как бы отрыв основной задачи (передача мыслей с помощью письменной речи) от подсобных технических операций, которые приобретают самодовлеющее значение (запоминание букв, деление слова на слоги и т. п.). В этих случаях обучение чтению и письму оказывается, как мы увидим в дальнейшем, непродуктивным. Естественно, мы имеем здесь дело со сложной аналитико-синтетической деятельностью.

Чтение и письмо представляют собой две стороны одного и того же процесса, которые идут как бы навстречу друг другу, поэтому тому и другому обучают одновременно.

Остановимся на основных моментах, входящих в состав овладения навыками чтения и письма: 1) выделение звуков из живой речи, 2) усвоение буквенных обозначений, 3) слоговое чтение, 4) чтение целых слов, — и постараемся уяснить психологические особенности каждого из этих процессов и типические трудности, встречающиеся у детей при овладении ими. В ходе обучения эти моменты не разделены во времени, но идут парал-

дельно, так как с самого начала, знакомясь с первыми буквами, ребенок учится составлять из них слоги и целые слова.

Целостность и осмысленность процесса, без которых разрушилась бы вся деятельность чтения или письма, сохраняется на всех этапах обучения. Однако, несмотря на то что основные элементы процесса чтения и письма одни и те же, место каждого из них в том и другом виде деятельности различно.

Перейдем к рассмотрению основных элементов, входящих в состав процессов чтения и письма на первых этапах обучения.

1. Выделение звуков из живой речи (добукварный период). Для того чтобы научиться писать и усвоить буквы, ученик прежде всего должен выделить звуки из живой речи. Для этого он должен отвлечься от того значения, которое имеет каждое слово, отнести к слову как к комплексу звуков и разбить звучащее слово на его составные элементы, т. е. произвести звуковой анализ устно. Однако, как показал опыт, уже эта задача представляет для ребенка заметные трудности. Нередко ребенок, хорошо понимающий, что означают слова «мама», «папа», «кошка», не может отвлечься от их конкретного значения и сделать предметом осознания звуковой состав этих слов.

Умственно отсталый ребенок не так легко, как нормальный, осознает, из каких звуков состоит то или иное знакомое ему слово, какой звук стоит в начале слова, в конце его, в середине, как отличается одно слово от другого по своему звуковому составу, а не по своему значению, и т. п. Для умственно отсталых детей такая задача представляет значительные трудности. Затруднения, которые испытывает ребенок на этой ступени обучения, могут быть симптоматическими для обнаружения причин отставания в овладении навыками письма и чтения.

2. Усвоение буквенных обозначений. При обучении чтению ученик должен научиться зрительно дифференцировать различные буквенные обозначения. Он учится узнавать и называть каждую букву, отличая ее от других сходных букв. Называя ту или иную букву, ребенок связывает ее с определенным звуком родной речи в его обобщенном виде (фонемой), например *м*, *п*, *в* и т. д., который остается неизменным, несмотря на разнообразие вариантов его звучания в различных словах и положениях.

При письме ребенок должен проделать обратную работу. Он выделяет звук из слова, где он существует в виде различных вариантов, например звук *м* в словах «Маша», «Миша» и т. д., и обозначает буквой, соответствующей данному звуку в его обобщенной форме.

3. Слоговое чтение. При чтении слога ребенок должен найти тот вариант звука, который нужен, для того чтобы правильно прочесть данный слог, например *та* или *тя*. Узнав правильную форму *т*, он заменяет обобщенный звук одним из его вариантов, ориентируясь на последующую гласную.

При письме ребенок, наоборот, должен превратить вариант звука, который слышится в данном слове, в обобщенный звук *т* и дать ему правильное обозначение. Таким образом ребенок осуществляет как в процессе чтения, так и письма сложную аналитико-синтетическую деятельность различения и обобщения.

4. Чтение целых слов. Для того чтобы ребенок правильно прочел целое слово на основе слогового анализа, он должен быть направлен на поиски смысла слова. Там, где оба элемента (направленность на смысл и правильный слоговой анализ) налицо, результат будет достигнут. В тех случаях, когда направленность на смысл есть, но слоговой анализ не точен, получается чтение по догадке.

В процессе письма целого слова большое значение имеет правильное воспроизведение последовательности букв и слогов в слове. Если это условие не будет соблюдено, слово не будет прочитано.

В процессе чтения, как и письма, участвуют различные анализаторы. Без их правильной и согласованной работы обучение наталкивается, как мы увидим в дальнейшем, на различные препятствия. Зрительный и двигательный анализаторы играют основную роль при чтении. Слуховой анализатор помогает контролировать правильность чтения. В процессе письма двигательный и слуховой анализаторы играют основную роль, зрительный — вспомогательную, контролирующую.

При чтении целых слов и связного текста на том этапе, когда трудности в овладении подсобными техническими процессами в основном преодолены, устная и письменная речь объединяются, выполняя единую функцию¹.

* * *

На медико-педагогической комиссии мы встречаемся с детьми, у которых трудности возникают в различных звеньях процесса обучения письму и чтению, причем аналогичные затруднения могут быть вызваны различными причинами. Однако чаще всего имеется не одна причина этих затруднений, а совокупность взаимодействующих причин, среди которых надо стремиться найти основные и ведущие.

При усвоении буквенных обозначений чаще всего встречаются следующие трудности:

- 1) расчленения слова на составляющие его звуки;
- 2) запоминания букв (их зрительного образа);
- 3) различения сходных звуков и сходных слов, букв;
- 4) соотнесения буквы со звуком.

¹ Задачи и приемы обследования в этих случаях окажутся иными, на что будет указано в другом разделе этой главы.

В первых двух случаях затруднения могут быть связаны с недостаточностью работы слухового и зрительного анализаторов, однако они могут возникнуть также и в связи с общей мозговой недостаточностью, затрудняющей процесс дифференциации при любой деятельности. Трудность запоминания буквы как зрительного образа необходимо отличать от трудности называния буквы, которая часто бывает связана с недоразвитием слуховой или моторной стороны речи или с затруднениями в произнесении соответствующего звука, а иногда и с остаточными явлениями моторной афазии. В некоторых случаях узнавания или называния звука необходимо ориентироваться на последующий (гласный) звук; только тогда можно превратить видимый обобщенный образ звука в тот вариант звука, который нужен для произнесения данного слога, например *та, ту, те, ти* и т. д. Раздельное произнесение чистых звуков затрудняет слияние.

У ребенка, который не понимает значения буквы как элемента слога и слова, чтение слогов нередко заменяет перечисление изолированных звуков (*м, а, м, а*), что сильно задерживает и затрудняет обучение чтению.

При чтении слогов возможны затруднения в слиянии звуков, т. е. в нахождении варианта первого звука, связанном с ориентировкой на последующий гласный; в сохранении последовательности; точном воспроизведении звукового состава слога (пропуски, замены букв). Особенно отчетливые затруднения встречаются при чтении закрытого слога и слога со стечением согласных. В основе этих затруднений могут также лежать перечисленные выше причины.

Затруднения, возникающие при чтении целых слов, также могут носить разнообразный характер. Частично эти трудности аналогичны тем, какие встречаются при чтении слогов. Это — нарушение структуры слова, перестановка слогов, пропуски, замены, персеверация. Слово при чтении вслух может деформироваться из-за нарушения его целостного и дифференцированного восприятия. При недостаточности целостного восприятия трудный для ребенка процесс анализа и синтеза букв (звуков) подменяется угадывающим чтением, которое ведет к разрыву между формой и содержанием.

Нормальное обучение чтению и письму ведется параллельно. Однако у детей с нарушениями развития встречаются такие явления, когда ребенок может прочесть слово, но не может его написать и, наоборот, может написать, но не может прочесть. С подобными явлениями мы встречаемся как у умственно отсталых детей, так и у детей с частичными нарушениями аналитико-синтетической деятельности. В остальном в процессе письма мы сталкиваемся с теми же трудностями, что и в процессе чтения: замены, перестановки, выпадения и т. п.

Своеобразие трудностей, возникающих у умственно отсталых детей в процессе усвое-

ния навыков чтения и письма. Из общего описания различных трудностей, которые имеются в процессе обучения письму и чтению, мы видели, что они могут возникнуть не только у умственно отсталых детей, но и у детей с временной задержкой развития, у детей с тугоухостью, с дефектами слухового и зрительного анализа, а иногда по различным внешним причинам (пропуски занятий, неправильное обучение) могут оказаться и у детей с нормальным развитием.

Общее заключение о ребенке, как уже указывалось, может быть дано лишь на основе всестороннего комплексного изучения особенностей его развития. Однако в процессе анализа письма и чтения ребенка мы можем найти ряд моментов, указывающих на природу этих затруднений, а следовательно, и на наличие или отсутствие оснований для его перевода во вспомогательную школу.

Большая часть описанных затруднений, возникающих при обучении чтению и письму, может встречаться как у умственно отсталых, так и у других групп детей. Так, например, затруднения в зрительной дифференцировке букв встречаются у слабо-видящих детей; трудности в назывании данного звука — у слабослышающих детей, а также у детей с речевыми нарушениями (алалии). То же самое относится и к затруднениям в слоговом чтении. Процесс чтения, особенно чтение целых слов, может быть также нарушен и у детей с резкой возбудимостью, у детей повышенной утомляемых, с астеническим состоянием. Большие затруднения в обучении чтению и письму наблюдаются у детей-дистрофиков. Своеобразные затруднения имеются у детей, страдающих различными формами дислексии и дисграфии (см. подробно главу IV).

Отличительной особенностью умственно отсталых детей является то, что затруднения при письме и чтении носят у них диффузный характер, затрагивают все стороны и звенья процесса чтения и письма в целом, что эти затруднения оказываются настолько стойкими, что требуется длительная педагогическая работа, направленная на преодоление дефекта.

Характерным оказывается и отношение умственно отсталого ребенка к этим затруднениям: неправильная самооценка, недостаток самоконтроля, подмена выполнения задания внешней имитацией. Наконец, особенно типичен тот факт, что умственно отсталый ребенок слабо использует помощь (объяснения учителя) и затрудняется в использовании полученных навыков при предъявлении ему другого аналогичного материала.

Затруднения при обучении чтению и письму у умственно отсталого ребенка наблюдаются с самых первых этапов.

Прежде чем обучать ребенка письменной речи, его приучают анализировать свою собственную устную речь. Для ребенка задача состоит в том, чтобы осознать то, что он давно уже использует на практике. Например, все дети практически понимают различ-

ные значения слов «стол», «стул», но не отдают себе отчета в том, из каких звуков состоят эти слова и что именно отличает их друг от друга (звуки о и у при тождественности остальных звуков). Стоит, однако, обратить внимание нормального ребенка на этот момент, и он легко начинает сравнивать все знакомые слова, находить звуки, отличающие их друг от друга. Для умственно отсталого ребенка подобный перенос по аналогии и применение общих указаний недоступны. Нормальному ребенку даже старшего дошкольного возраста достаточно дать образец, общее направление для анализа (например, предложить придумывать слова, начинающиеся на определенную букву, доканчивать слова по данному первому слогу), чтобы он смог выполнить это задание на разнообразном материале, обобщенно используя данные указания. Умственно отсталому ребенку это малодоступно, он нуждается в детальной отработке каждого звена в отдельности.

Целый ряд затруднений, встречающихся у умственно отсталого ребенка, объясняется тем, что система связей образуется у него с большим трудом. Различные варианты звука (например, мягкие и твердые) могут восприниматься умственно отсталым ребенком как различные звуки. В словах «Маша» и «Миша» он не узнает единого звука — буквы м. Отдельные звуки в слове, например, м и а, также существуют для него как бы независимо и самостоятельно, и образовать из них слог ма он не может. Умственно отсталый ребенок может узнать звук в более знакомых и не узнать в менее знакомых сочетаниях.

Устная речь помогает нормальному ребенку прочесть слово даже тогда, когда он знает всего несколько букв. Умственно отсталый ребенок может знать все буквы, но при этом с трудом устанавливать систему связей с устной речью. Он не догадывается, какое слово должно получиться, в других случаях его догадка носит случайный, немотивированный характер.

Связь звука с буквой устанавливается, следовательно, у него с трудом; даже после того как эта связь установилась, он не сразу начинает ею пользоваться.

Умственно отсталый значительно труднее, чем нормальный ребенок, понимает поставленную перед ним задачу, часто осуществляя не ту деятельность, какая от него требуется. Операция анализа звукового состава слова и синтеза звуков, необходимая для письма, или операция звукового обозначения букв и синтеза из них слогов, которая является подсобной операцией для чтения, легко им отрываются от конечной задачи, и весь сложный процесс письма или чтения распадается. Вместо того чтобы преодолевать трудности, он начинает обходить их, например читает или пишет буквы в любой последовательности или угадывает значение слова. Видимость чтения или письма при этом сохраняется, но подлинный процесс чтения или письма оказывается глубоко нарушенным.

Недостаток самоконтроля резко отличает умственно отсталого ребенка от других групп детей, испытывающих затруднения при обучении письму и чтению. Он не обращает внимания на свои ошибки, не замечает явных нелепостей, не контролирует себя путем осознания содержания того, что пишет или читает.

В чтении или письме умственно отсталого ребенка особенно отчетливо выступает инертность, резко мешающая процессу обучения. Если умственно отсталый ребенок долго упражнялся в чтении определенных слогов, то при чтении другой страницы буквы будет с уверенностью прочитывать те же слоги, хотя там написаны другие. Если же он упражнялся в письме определенных слогов, то часто воспроизводит те же сочетания при переходе к письму других слогов.

Наглядный материал (картинки в букваре) помогает нормальному ребенку объединить отдельные элементы слова и правильно его прочесть. Картинка при отсутствии руководства учителя как бы освобождает умственно отсталого ребенка от анализа; при этом он подменяет процесс чтения простым угадыванием. Обычно, если под картинкой, изображающей кошку, подписано «Мурка», умственно отсталый ребенок не задумываясь читает «кош-ка», воспроизводя процесс чтения чисто внешне.

У умственно отсталых, так же как и у других детей, даже чаще, чем у других, встречаются недостатки слуха, зрения, дефекты речи и т. п. Наличие этих факторов вызывает особенно грубые затруднения при письме и чтении, так как возможности компенсации этих дефектов у них значительно меньше, чем у нормальных детей.

Приемы обследования навыков письма и чтения

Предварительные сведения. Из беседы с родителями, а отчасти и с самим ребенком учитель получает предварительные сведения о подготовленности ребенка к обучению письму и чтению: в каком возрасте ребенок начал впервые знакомиться с процессом чтения и письма? По чьей инициативе? Под чьим руководством? Какими методами? Был ли у ребенка интерес к этим занятиям? Были ли затруднения и какие? В каком объеме владел навыками письма и чтения до поступления в школу? Умел ли обращаться с книгой, тетрадью, карандашом? Умел ли рисовать и писать? Что его затрудняло при письме? Любил ли слушать чтение? Знал ли наизусть стихи?

Для того чтобы проверить подготовленность ребенка к обучению письму и чтению, необходимо выяснить состояние его устной речи: умение слушать и понимать чужую речь, рассказывать о чем-нибудь из своей жизни, пересказать знакомую сказку; особенно важно наличие умения регулировать свою деятельность речевым заданием. Целесообразно познакомиться с тем, доступен ли ребенку звуковой анализ устной речи. Можно пред-

ложить ребенку повторить предложение из двух-трех слов; выделить слова из предложения и указать количество и порядок слов; разделить слово на слоги и звуки, выделить первый звук, другие звуки; повторить звуки слова по порядку; найти различие между сходными словами; дополнить недостающий слог. Все эти и подобные им задания предлагаются ребенку в устной форме.

При обследовании самого процесса чтения учитель прежде всего старается выяснить, на каком этапе усвоения навыка находится ребенок, в каких звеньях он встречает затруднения и к чему эти затруднения сводятся.

Незаменимым пособием для анализа состояния процесса чтения является разрезная азбука. Этот материал несравненно более гибкий, чем букварь или книга для чтения. Он дает педагогу возможность проверить одновременно состояние чтения и письма, избегая стереотипов, заученной последовательности слов в букваре, а также экспериментировать, варьируя предъявляемый материал или ставя перед ребенком различные задачи на одном и том же материале. При этом ребенок активно манипулирует буквами, так что самый процесс анализа и синтеза оказывается как бы вынесенным наружу и доступным наблюдению.

Проверка знания букв. Еще не вынимая буквы из кассы, мы имеем возможность наблюдать ряд моментов: может ли ребенок назвать буквы алфавита подряд, вразбивку? Знает ли, где искать ту или иную букву? Достаточно ли твердо и уверенно показывает букву в ответ на ее название? Какие буквы смешивает? Понимает ли связь буквы со звуком? Понимает ли, что из буквы может получить слово?

Проверка состояния навыка чтения слогов и слов. Учитель на глазах ребенка складывает из букв слово — сначала хорошо знакомое, а потом и более трудное. Учитель наблюдает, как ребенок разбирается в слове, которое появляется перед ним постепенно (при последовательном выкладывании букв учителем).

Варьируя предлагаемый материал, можно видеть не только, в чем заключаются трудности, но и где они начинаются, какие условия способствуют их устранению.

Применение разрезной азбуки при обследовании рекомендуется даже тогда, когда ребенок практически уже читает связный текст. Использование разрезной азбуки дает возможность разложить процесс чтения на его составные части и обнаружить имеющиеся пробелы.

Письмо. Разрезная азбука дает возможность проверить и особенности процесса письма, исключая лишь те его стороны, которые связаны с техникой письма.

Для этой цели ребенку предлагают самостоятельно сложить слово из букв разрезной азбуки. При этом ребенок все свое внимание сосредоточивает на звуковом анализе, так как трудности,

связанные с написанием, исключены. Большей частью ребенок произносит вслух, что он намерен сделать. Учитель наблюдает, как ребенок расчленяет слышимое слово на звуки, как заменяет имеющийся в данном слове вариант звука обобщенным звуком и находит соответствующую ему букву. При этом он регистрирует наблюдающиеся смещения, замены, персеверации, нарушения последовательности звуков, выпадения.

Исследуя состояние процесса чтения и письма с помощью разрезной азбуки, мы наблюдаем, как работает ребенок, сохраняется ли у него вся сложная структура процесса записи или прочтения слова или же у него преобладают механические формы операций, которые замещают эту сложную форму деятельности. Опыт показывает также, наблюдается ли соскальзывание с поставленной задачи; замечает ли ребенок свои ошибки; пытается ли их исправить.

Следует отметить еще одно преимущество использования разрезной азбуки по сравнению с другими приемами обследования. На этом очень подвижном материале легче проследить, как ребенок использует показ, объяснения, общие указания, наводящие вопросы, может ли осуществить перенос при предъявлении ему нового аналогичного материала.

Наряду с разрезной азбукой, если ребенок умеет читать, необходимо воспользоваться и букварем, и книгой для чтения, предлагая при этом знакомый, а также и незнакомый ребенку текст.

При исследовании письма необходимо предложить ребенку сначала списывание, а потом и письмо под диктовку.

Анализ характера ошибок на основе всего изложенного дает материал для выяснения основных причин затруднений в обучении, а также для понимания значения и удельного веса второстепенных факторов, усугубляющих эти затруднения (например, негрубые нарушения речи или моторики у умственно отсталого ребенка).

Одновременно с заключением о состоянии навыков письма и чтения учитель получает в процессе наблюдения впечатление о работоспособности ребенка, темпе его работы, мотивах его деятельности, отношении к оценке и других особенностях его личности.

Арифметические знания и навыки

В медико-педагогическую комиссию часто направляют детей, которые не усваивают арифметический материал, несмотря на то что некоторые из них проучились по несколько лет в I, а иногда даже и во II классе массовой школы. Трудности усвоения арифметического материала могут быть вызваны различными причинами. Эти причины и предстоит раскрыть педагогам — членам медико-педагогической комиссии, чтобы из детей, на-

правлений для приема во вспомогательную школу, отобрать только тех, которые являются умственно отсталыми. Занятия по арифметике нужно начинать с игр и бесед общего характера и только после того, как ребенок будет полностью расположен к педагогу, можно переходить к занятиям арифметикой, в собственном смысле слова. Выявление знания по арифметике должно проводиться во время индивидуальных занятий с ребенком; обязательно наличие интересных наглядных пособий. Проводить их надо по определенному плану.

Счет

Операции счета надо раскрывать постепенно (звено за звеном). При проверке умения считать ребенку прежде всего предлагается посчитать (перечислить названия чисел натурального числового ряда); при этом никакого материала для счета еще не дается.

Цель этого задания — установить:

1) имеется ли последовательность в названии чисел или эта последовательность нарушена.

Например, ребенок считает 1, 2, 5, 8 или правильно считает до 10, а после этого неправильно — 11, 13, 15, 20;

2) каков предел счета;

3) как происходят переходы через десятки, если ребенок считает более чем до 20.

Например: 38, 39, тридцать десять, тридцать одиннадцать;

4) нет ли тенденции называть числительные одно за другим в прямой и обратной последовательности, как это было заучено ребенком.

Например: от 1 до 10 и сейчас же в обратном порядке от 10 до 1;

5) есть ли возможность продолжать счет с данного (названного) ребенку числа или эта возможность отсутствует, и ребенок всякий раз начинает счет с единицы, досчитывает до заданного числа и продолжает дальше.

Надо помнить, что даже и в тех случаях, когда ребенок выполняет все вышеуказанные операции успешно, он все же может не владеть счетом; ребенок оказывается беспомощным и при предъявлении задания определить количество предметов в той или иной их группе. Поэтому следующей, второй задачей исследователя является выяснение, способен ли ребенок понять, что счет служит для определения количества предметов различных групп, в которые эти предметы соединены.

Многие умственно отсталые дети отказываются считать предметы, с которыми они не встречались в своем прошлом опыте. Например, в ответ на предложение пересчитать бирюльки ребенок отвечает отказом: «Мы это не умеем, мы на кубиках умеем», или «Я не могу эти игрушки, я на палочках научился», или «А можно на пальцах?» В этих случаях ярко выступает прямая

зависимость и связь счета с реальными привычными объектами, с которыми ребенок имел дело, и полное отсутствие осознания им абстрактного значения счета. Даже практическое значение счета резко сужено до пересчитывания предметов, которые чаще других были в распоряжении ребенка в процессе его обучения.

Третья задача заключается в том, чтобы установить умение пересчитать предметы (счет предметов). И эта задача распадается на несколько частных.

1. Определить путем счета количество предметов в одной, другой, третьей группе, а после этого и количество предметов, нарисованных на одной, другой, третьей картинке.

2. Установить то количество предметов, в отношении которого может быть осуществлен безошибочный пересчет.

3. Выяснить, может ли ребенок обозначить итог своего пересчета, т. е. ответить на вопрос «сколько», предложенный ему после пересчета предметов или их изображений. Для этой цели используются наборы различных предметов: мелкие однородные игрушки, пуговицы, кубики, палочки, наборы геометрических фигур — кружки, квадраты, треугольники и пр.

Принимая во внимание, что опыт определения количества предметов (пересчитывание предметов) у умственно отсталого ребенка сужен и иногда принимает косные, стереотипные формы, необходимо выяснить возможность пересчитывания предметов при их различном расположении: рядовом (горизонтальный, вертикальный ряды), групповом (несколько стройных рядов), кучевом (предметы расположены без системы, даны в коробочке, в мешочке). Проследивая путь работы, обеспечивая помощь и наблюдая за тем, как ребенок принимает эту помощь, как переходит от решения одного и того же задания к новым его вариантам, педагог может собрать убедительный материал к характеристике особенностей счетной деятельности и особенностей использования имеющихся у ребенка навыков счета.

Приведем пример исследования состояния навыка счета у умственно отсталых детей:

Стасик М., кандидат в I класс вспомогательной школы. Ему 9½ лет. Мальчик правильно определяет количество оловянных солдатиков (14), расставленных в ряд, правильно пересчитал пуговицы, нашитые на картон в два ряда (20). Пересчитать бирюльки, данные ему в коробочке, отказался: «Не умею я их считать». Бирюльки были высыпаны перед ним на стол. Стасик долго смотрел на них. Вдруг зафырл их ладошкой, резко сбросил со стола: «Не умею я», — и заплакал. После уговоров полез под стол и собрал, пересчитал одну за другой все 26 бирюлек.

Катя Д., 10 лет. Легко и весело пересчитала все фигурки деревянных коншек (9), расставленных в ряд, и не могла сделать того же, когда коншки были расставлены в беспорядке. Задание не выполнялось и при меньшем количестве фигурок (7, 8, 6, 5). Когда было дано 4 фигурки в два ряда, девочка поставила их в ряд и пересчитала.

В одном из вариантов задания необходимо проверить возможность отбирать однородные предметы в отдельные группы и определять для счета количество предметов в группе.

Здесь важно проследить за процессом работы ребенка, а именно установить, когда он приступает к пересчитыванию:

1) идет ли сначала сортировка предметов по группам, пересчитывает ли (после сортировки) предметы в каждой из групп или считает группы;

2) не забывает ли ребенок о счете, когда предметы рассортированы.

Решение описанной выше задачи умственно отсталым ребенком обычно резко отличается от решения ее интеллектуально нормальным ребенком.

Умственно отсталый ребенок, начинающий школьное обучение, осознает, что считать можно самые разнообразные предметы, т. е. все предметы могут быть пересчитаны. Однако он с трудом понимает, что при счете в группы в единую совокупность могут быть объединены только предметы однородные. Кроме того, умственно отсталый ребенок часто теряет основную задачу и заменяет ее возникшей по ходу его деятельности.

Может быть предложено специальное задание, целью которого является получение дополнительного, подкрепляющего вывода о непонимании ребенком практических задач счета. Ребенок получает одну за другой несколько табличек с числовыми фигурами и коробочку с разнообразными предметами или набор цветных карандашей. Задание состоит в том, чтобы к каждой числовой фигурке положить соответствующее количество предметов или нарисовать соответствующее количество предметов.

Естественно, эти предметы как в первом, так и во втором случае должны быть однородны.

Приведем образцы решений этого задания детьми:

Коля С., 7 лет и 3 мес., ученик I класса массовой школы. При заполнении первой карточки отбирает из коробочки 4 пуговицы, раскладывает их точно по образцу расположения кружков числовой фигуры. Пуговицы разного цвета и величины. На вопрос, можно ли так выполнить задание, ведь пуговицы разные, мальчик дает ответ: «Все равно они все пуговицы».

Вторую карточку мальчик заполняет, рисуя флажки. В дальнейшем он безошибочно заполняет табличку за табличкой, чередуя виды работы. Работает то с предметами, то рисует. Когда у него не хватило одного винтика, он взял карандаш и нарисовал его: «Всего их стало 5». Гвоздик вместе с винтиками Коля не положил.

Такая тонкая дифференцировка у умственно отсталых детей исключена.

Валя К., 9 лет и 5 мес., ученик I класса вспомогательной школы. При заполнении первой карточки кладет две пуговицы, кнопку и копейку. Предметы подобраны по признаку формы — все круглые. На вопрос, правильно ли собирать и считать разные предметы, отвечает: «Верно, это четыре тут и тут».

Вторая карточка заполняется рисунками. Валя рисует три предмета: елочку, гриб и солнце.

Для третьей карточки он собирает четыре монетки по копейке и маленькую пуговку. Всего пять предметов, и все они «маленькие».

После того как будет определено состояние умения пересчитывать предметы, надо перейти к выяснению представления о числе.

Представление о числе

Задания, в процессе выполнения которых выясняются представления ребенка о числах, могут быть разделены на две группы, две серии.

При предъявлении первой группы заданий ребенок работает с конкретными предметами, образующими то или иное количество, и числовыми таблицами.

При предъявлении второй группы заданий ребенок работает с условными обозначениями чисел — с цифрами или с цифровыми табличками.

При выполнении первого задания выясняется умение ответить на вопрос «сколько». Для его решения ребенку предлагается разнообразный материал: а) рассыпной счетный материал, из которого можно составить любую группу предметов для их подсчитывания; б) наборы предметов, соединенных в неподвижные группы (счетные цепочки, брусочки, счетные полоски, связки палочек, бус и т. п.); в) числовые картинки; г) числовые фигуры; д) монетные кассы.

В последнем случае надо выяснить, считает ли ребенок монеты или определяет количество копеек в каждой из монет и подсчитывает общую сумму, т. е. знает ли он стоимость монет.

Целью следующего задания является выяснение состояния умения отобрать, отсчитать показанное ребенку количество предметов. Надо предложить сравнить две группы предметов и путем счета определить, в какой из групп предметов больше, в какой меньше. В том случае, если ребенок не говорит, можно ограничиться тем, что он покажет большую или меньшую группу.

При показе двух групп предметов одним из вариантов должен быть такой, при котором количества равны.

При выяснении представлений о числе нельзя ограничиваться предъявлением только конкретных предметов. Чрезвычайно важно установить, понимает ли ребенок цифровые обозначения; умеет ли он подложить к данному количеству соответствующую цифру, и, наоборот, умеет ли он по заданной цифре отсчитать соответствующее количество однородных предметов. Предъявляя это задание, можно выяснить степень понимания условных обозначений числа.

Естественно, что выполнение указанного задания возможно лишь после проверки знаний цифровых обозначений. Эти знания неоднородны. Некоторые дети безошибочно называют каждую цифру только при показе их в прямой последовательности числового ряда. Значительная группа детей приходит в отборочную комиссию с полным знанием всех цифр и умением называть каждую из них, в какой бы последовательности цифры ни были предъявлены. Не исключена возможность и того, что некоторые дети не могут различать цифры, сходные по начертанию, например 6 и 9, 2 и 5, 3 и 5 или 3 и 8. Нередко дети, умеющие

правильно называть показанные им цифры, не могут найти их по заданию педагога, не могут их написать или пишут зеркально. Некоторые дети совсем не знают цифровых обозначений и обозначают количества точками или палочками. Приведем пример:

Яна М., 10 лет, категорически отказалась написать любую из цифр, кроме единицы. Всякий раз она писала столько единиц, сколько предметов или же изображений она сосчитывала. Девочка упорно отстаивала право на свою систему «обозначения количеств». Вступала в спор с педагогами и даже посмеивалась над тем, что педагог не умеет писать «число» и пишет «какие-то закорючки».

Проследить за тем, как ребенок выполняет задание написать цифры, особенно важно как в диагностических целях, так и для дальнейшего обучения ребенка. Задания должны идти в определенной последовательности. Целью этих заданий является установить:

а) способен ли ребенок написать под диктовку учителя цифры одну за другой, в последовательности числового ряда, и может ли он это сделать самостоятельно;

б) может ли ребенок при диктовке цифр в разбивку написать каждую из них сейчас же, непосредственно после называния цифры учителем, или пишет ее только после того, как прошепчет все слова — числительные от первого до названия нужной цифры. Иногда ребенок считает про себя от 1 до 6, постукивая пальцем по столу (иногда по собственной щеке или подбородку), и после шестого удара пишет цифру «6»;

в) в состоянии ли ребенок при диктовке цифр вразбивку писать все цифры (без пропусков), если ему известна каждая из них.

Чтобы выяснить, умеет ли ребенок писать цифры, знает ли место числа в ряду, можно предложить задание вписать недостающие цифры в заготовленную таблицу:

Каких чисел не хватает

1			4	6		9	

Таких полосок может быть 2—3, чтобы обеспечить большую возможность для безошибочного вывода. Можно видеть, что умственно отсталые дети часто не в состоянии сразу решить поставленной перед ними задачи. Одни из них вписывают нужную цифру лишь с единицы. Другие не могут сделать и этого; считая с единицы и вписывая цифры последовательно одну за другой, не пропускают написанной цифры, а пишут ее еще раз следом за написанной. Наличие двух одинаковых рядом стоящих цифр их не смущает.

В том случае, когда установлено, что ребенок знает все цифры и умеет их читать и писать, даются задания, с помощью которых выясняется, может ли он установить, какое из двух чисел больше, какое меньше.

Предлагается:

1) под диктовку написать два числа и подчеркнуть большее или меньшее;

2) самостоятельно написать два числа так, чтобы первое было больше второго;

3) разложить таблички с цифрами от меньшего числа к большему и наоборот: а) даются все таблички от 1 до 10; б) выборочно 4—5 и с цифрами, вразбивку, например: 6, 4, 8, 5, 9. Ребенок должен положить их от меньшего числа к большему (так: 4, 5, 6, 8, 9) или от большего числа к меньшему (9, 8, 6, 5, 4).

Знание цифр ребенком облегчает последующую работу с ним, так как при выяснении понимания сущности арифметических действий ему могут быть даны не только устные, но и письменные примеры.

Арифметические действия

Понимание ребенком сущности сложения и вычитания раскрывается в процессе устного, а затем и письменного решения арифметических примеров.

Если арифметический пример дается в письменной форме, этому предшествует выяснение понимания ребенком знаков «плюс» и «минус». Ребенку предлагают один за другим ряд примеров. Вместе с тем его просят предварительно прочитывать каждый из них, объяснять, что значит «прибавить» («отнять»), рассказывать о том, как будет решаться пример. Можно предложить самому ребенку составить пример на сложение, на вычитание из цифровых табличек при самостоятельном выборе таблички с нужным знаком (с «плюсом» или «минусом»). Можно показать табличку за табличкой с каждым из знаков арифметических действий и просить ребенка назвать эти знаки и составить примеры с каждым из знаков. Именно с показа табличек с каждым из знаков арифметических действий надо начать работу с ребенком, чтобы выяснить, понимает ли он значение знака, когда знак не включен в строчку примера.

При составлении столбиков с арифметическими примерами для решения надо размещать строчки так, чтобы сложение чередовалось с вычитанием. Целесообразность такого размещения примеров обусловлена тем, что умственно отсталый ребенок склонен «застревать» на выполнении того действия, которое повторяется несколько раз. Переключение же на выполнение нового действия затруднено. Решив 2—3 примера на вычитание, ребенок и следующий, четвертый пример решает вычитанием, хотя этот пример должен быть решен сложением. При этом мож-

но наблюдать, что он не задумывается и над тем, что порядок расположения чисел исключает действие вычитания. Например, арифметический пример $4+6$, идущий после двух примеров на вычитание, ребенок решает вычитанием и получает в результате своего решения 2.

При выяснении понимания сущности каждого из арифметических действий — сложения, а потом и вычитания — важно установить, может ли ребенок дать ответы на вопросы: «Сколько стало? Сколько получилось? Сколько осталось? Стало больше или меньше? Почему стало больше или меньше?» Задавая вопрос, надо предоставить ребенку возможность выбирать те или иные пособия: конкретные предметы, числовые картины, числовые фигуры, таблички с цифрами. Ребенок может решать пример и без наглядных пособий. В таких случаях важно проследить:

а) присчитывает или отсчитывает по единице, пользуется пальцами или наносит черточки, точки, отстукивает пальцем столько раз, сколько единиц надо прибавить или отнять, или же процесс счета осуществляет путем операций в уме;

б) присчитывает и отсчитывает, разлагая второе число примера на равные или неравные группы; это дает возможность выяснить, располагает ли ребенок рядом вспомогательных операций, позволяющих ему облегчать процесс счета. Эти данные имеют большое диагностическое значение, так как счет у умственно отсталых детей обычно долго продолжает носить характер раз-вернутого действия, опирающегося на пересчет пальцев, а не на такие промежуточные вспомогательные операции, как предвари-тельное разложение числа на составные части;

в) запомнил результаты много раз решавшихся примеров и дает ответ сразу.

После того как примеры решены, надо предоставить ему воз-можность рассказать о том, как он решал каждый пример. При словесном отсчете может быть предложено показать путь реше-ния примера на конкретных предметах счета.

Если в процессе решения арифметических примеров на сло-жение и вычитание будет установлено, что ребенок хорошо их решает, можно дать дополнительное задание, с помощью кото-рого еще раз проверить понимание числа. Это задание заклю-чается в следующем: записывается число, например 5 или 10, и предлагается ответить на вопрос: как можно получить это чис-ло при сложении или вычитании? Ребенок может под записью предложенного ему числа написать все арифметические приме-ры, в результате решения которых получается данное число. Запись этого задания удобнее всего дать в следующей форме:

5	10
$3 + 2 =$	$5 + 5 =$
$1 + 4 =$	$8 + 2 =$
и т. д.	$20 - 10 =$
	и т. д.

Однако учившиеся остальные дети не сразу понимают необычность такого задания. Требуются повторные объяснения и показ того, а то и 2—3 примеров. Дети не дают большого количества самостоятельных решений, а ограничиваются записью 1—2 заученных примеров. Деятельность интеллектуально нормального ребенка при выполнении этого задания совершенно иная. Он ищет как можно больше возможных вариантов, стремится исчерпать все ему известное и записать как можно больше примеров под данным ему числом.

При проверке понимания арифметических действий целесообразно предоставить ребенку возможность не только решать данные ему примеры, но и предложить ему составить примеры на указанное арифметическое действие. При этом надо проследить за тем, как организуется и осуществляется деятельность ребенка:

а) примеры составляются с привлечением конкретных предметов для счета, табличек с цифрами, монет или составляются без каких бы то ни было пособий;

б) использует ли ребенок готовые, заученные примеры или составляет новые;

в) дается порядок чисел соответственно с указанным действием или без понимания сущности каждого из них. Например, умственно отсталый ребенок нередко пишет:

$$1 + 2 = 3$$

$$3 - 4 = 1$$

$$3 + 4 = 7$$

$$7 - 8 = 1$$

Во время занятий, посвященных решению арифметических примеров, надо выяснить, умеет ли ребенок проверять правильность выполненных решений.

Арифметические задачи

Решение арифметических задач для значительного большинства неуспевающих детей является более трудным, чем овладение операциями счета и правилами вычислительной техники. Именно поэтому каждому из направленных на медико-педагогическую комиссию непременно надо предложить и решение задач. Задания эти необходимо давать в строгой последовательности, так как только в этом случае можно будет определить, что является трудным для понимания и что препятствует решению задачи.

При предъявлении первых заданий условия задач дает учитель. Прежде всего это простые арифметические задачи, решаемые с помощью одного действия. Задачи на сложение дети решают обычно более легко. Именно эти задачи и надо предлагать им для решения в первую очередь. И только после того, как будут выяснены возможности решения задач на сложение, реко-

мечается переходить к решению задач на вычитание. Числа в этих задачах не должны быть большими, а содержание задач — простым и безусловно знакомым ребенку. Если ребенок отказывается от решения или ошибается в решении, ему целесообразно предложить воспользоваться конкретными предметами или зарисовать условие задачи.

В том случае, когда ребенок оказывается не в состоянии выполнить и эти задания, педагог предлагает послушать и посмотреть, как он сам будет рассказывать и рисовать. Ребенку же предлагается рассказать условие задачи по рисунку и решить задачу.

Примерные задачи

Сложение

1) Мальчику купили 3 золотые рыбки и 2 простые.

Сколько всего рыбок купили мальчику?

2) У девочки две монетки: 5 копеек и 3 копейки.

Сколько денег у девочки?

Вычитание

1) В клетке жили 3 птички, 2 улетели.

Сколько птичек осталось в клетке?

2) У школьника было 5 рублей. 3 рубля он истратил.

Сколько денег осталось у школьника?

Если ребенок является кандидатом во II класс, то задачи несколько усложняются, т. е. берутся несколько большие числа.

1) У Володи было 12 открыток. Ему подарили еще 5 открыток.

Сколько всего открыток стало у Володи?

2) У мальчика две монетки: 15 копеек и 3 копейки.

Сколько всего денег у мальчика?

1) На столе лежало 17 книг. 5 книг взяли дети.

Сколько книг осталось на столе?

2) У хозяйки было 20 рублей. На 9 рублей она купила овощей.

Сколько денег осталось у хозяйки?

Умственно отсталые дети очень часто затрудняются в решении арифметической задачи потому, что они не уясняют значения вопроса. Связь данных условия и вопроса задачи не осознается. Для того чтобы ее установить, надо предложить ребенку условие задачи без ее вопроса. Вопрос ребенок должен будет поставить самостоятельно.

Педагогу важно проследить:

а) возникают ли у ребенка вопросы, вытекающие из условия задачи, или он приступает к решению задачи сразу, совершенно не задумываясь о том, что в задаче недостает одной из существенных ее частей;

б) если имеет место последнее, то важно выяснить, каким путем ребенок пришел к избранному им решению. Предложение поставить нужный вопрос к задаче дается после того, как ребенок прослушал условие и так или иначе реагировал на данное ему задание: приступил к решению или спросил о том, что же требуется узнать.

Примерные задачи

Сложение

1) Во дворе было 4 белые и 3 черные курицы.

2) Хозяйка заплатила 5 рублей за яблоки и 2 рубля за ягоды.

Вычитание

1) В корзине лежало 10 арбузов, 6 арбузов продали.

2) Было 8 рублей денег, истратили 5 рублей.

В том случае, если ребенок хорошо справляется с решением задач и с определением вопросов к задачам, целесообразно дать и еще одно, более трудное задание. Ребенку сообщается вопрос задачи и предлагается самостоятельно сформулировать условие задачи.

Примерные вопросы

Сложение

1) Сколько книг на двух полках?
2) Сколько денег заплатили за мяч и куклу?

Вычитание

1) Сколько рыбок осталось в аквариуме?
2) Сколько денег осталось у мальчика?

Решение сложных арифметических задач может быть предложено в виде исключения и только тем детям, которые хорошо справились с простыми задачами.

Предлагая ребенку решение арифметических задач, необходимо использовать те же наглядные пособия, о которых говорилось выше. Кроме того, нужно предоставить ребенку возможность записать условие задачи в иллюстративной или графической форме.

Обе формы записи свидетельствуют о своеобразии понимания умственно отсталым ребенком связей между числами и вопросом задачи. При этом обнаруживается, что чаще всего на первый план ставится не арифметическая, а предметно-ситуационная сторона задачи. Это хорошо видно из следующего примера решения задачи умственно отсталым и нормальным ребенком.

Задача: «У хозяйки было 20 рублей. 8 рублей она заплатила за масло и 2 рубля за хлеб. Сколько денег осталось у хозяйки?»

Юра Р., 11 лет. Сначала рисует хозяйку, на руке хозяйки — сумочку, на сумочке — квадратик и в нем пишет число «20 руб.». Рассматривает рисунок и тщательно вырисовывает по пять пальцев на каждой руке хозяйки. Спрашивает: «У нее было 20 рублей, а что она купила? Масло и хлеб?» Рисует около свободной руки «масло» в виде маленького брусочка и «батон», смотрит на рисунок и сообщает: «У нее осталось 20 рублей».

Володя Д., 10 лет. Приступая к изображению условия задачи, рисует два четырехугольника, в каждом из них пишет «10 рублей» и говорит: «У хозяйки 20 рублей. Она заплатила за масло 8 рублей. Вот 8 рублей (пишет число), а вот 2 рубля за хлеб. Значит, она заплатила 10 рублей, вот эту десятку. А эта осталась у нее». Предложение записать решение задачи принимается, и мальчик пишет совершенно правильно обе строчки решения.

Существенное значение для выявления арифметических знаний ребенка имеют задания самостоятельного составления задачи.

Задание «составь задачу сам» дети обычно очень охотно принимают и выполняют. Полученные в данном случае педагогические материалы чрезвычайно важны для выводов и заключений об особенностях, которые свойственны мышлению ребенка. При составлении ребенком арифметической задачи педагог выясняет, насколько реальны и жизненны задачи, есть ли в задаче вопрос и соответствует ли он условию; может ли состояться решение при имеющихся числах. Первоначально ребенку не предлагается никаких пособий. Если без пособий он не сможет составить задачу, ему предлагается составить ее а) с теми или иными конкретными предметами, числовыми картинками, макетами и пр. и б) с указанием арифметического действия.

Ребенка просят решить составленную им задачу. Если он с этим не справляется, ему предлагают отразить ее содержание в рисунке. В этом случае целесообразно помочь ребенку вопросами и посмотреть, как им принимается и используется эта помощь.

Надо отметить, что умственно отсталые дети часто не могут успешно выполнить этого задания. Нередко задача содержит только одно числовое данное и сложный сюжетный рассказ, завершающийся вопросом. Решение такой задачи не может быть осуществлено, и ребенок решает ее, привнося новые числа, которых он не называет при сообщении условия. Например:

Дима С., 11 лет, кандидат во II класс вспомогательной школы. Он успешно решил все предложенные ему задачи, а при самостоятельном составлении задачи проявил полную несостоятельность. Сам он этой несостоятельности не замечал и был очень доволен своей работой. Вот одна из составленных Димой задач:

Условие: «У меня есть бабушка. В выходной день я поеду к ней. У меня 20 копеек. Захотелось выпить газированной воды с сиропом. «Дайте, пожалуйста, стаканчик. Очень вкусно. Дайте сдачи. Спасибо». Надо узнать, сколько денег у меня было и сколько я должен взять у дяденьки.

Решение: 20 копеек — 15 копеек = 5 копеек. Получилось 5 копеек, а на трамвай надо больше. Еще надо попросить у мамы один рубль.

Интеллектуально нормальные дети школьного возраста такого рода задач не составляют.

Заключение

Весь собранный материал педагогу-исследователю необходимо внимательно проанализировать и сделать выводы, по крайней мере, по следующим вопросам:

1. Насколько развито у ребенка абстрактное понятие числа (есть ли понятие числа или ребенок может только воспроизводить пустой, вербальный числовой ряд)?
2. На какой стадии находится у ребенка овладение умст-

венными обобщенными операциями при счете, решении примеров, задач: владеет ли он табличным счетом; располагает ли числа на группы или продолжает пользоваться пальцами, палочками, черточками и другими вспомогательными средствами?

3. Доступна ли система вопросов, составляющая суть задачи (т. е. может ли ребенок учитывать, что в задаче цель дана в определенных условиях, которые определяют ход ее решения, взаимосвязь между числовыми данными, выбор действия, или же ребенок, не учитывая всего этого, производит случайные, не вытекающие из условия задачи арифметические действия с числами)?

4. Достаточно ли подвижны интеллектуальные операции ребенка при работе с арифметическим материалом или же ребенок инертно застревает на привычных формах работы, используя известные ему приемы как штампы, с трудом переключается на новый способ работы?

5. В какой мере изменяется характер выполнения заданий ребенком при оказании ему той или иной педагогической помощи?

Правильные выводы по указанным вопросам в значительной мере облегчают общее диагностическое заключение об особенностях познавательных процессов ребенка.

Все письменные работы, рисунки и чертежи ребенка прилагаются к характеристике состояния арифметических знаний.

Подробное изучение состояния знаний и навыков по арифметике способствует правильному решению вопроса о причинах неуспеваемости ребенка по этому предмету и правильной постановке клинического диагноза.

5. ИЗУЧЕНИЕ ПОНИМАНИЯ РЕБЕНКОМ ЛИТЕРАТУРНОГО ТЕКСТА

Письменная речь одно из важнейших средств общения и одновременно одно из важнейших средств психического развития ребенка.

Почти все дети задолго до поступления в школу слышали сказки, песенки, разучивали стихотворения, представляющие собой образцы литературной письменной речи.

Обычно к наступлению школьного возраста ребенок, даже умственно отсталый, ознакомился уже с некоторыми образцами детской литературы или народного творчества.

Большинство детей любят слушать чтение или рассказывание, так или иначе воспринимают прослушанное и эмоционально на него реагируют: радуются, огорчаются, пугаются. Знакомство с литературными текстами, которое начинается очень рано, способствует развитию речи и мышления ребенка. Развитие ребенка в значительной степени характеризуется тем, как он воспринимает и осмысляет литературный материал.

Понимание текста — это процесс, который развивается у ребенка по мере его психического развития, как мы видели, далеко отстоит от понимания, которое имеют дети того же возраста. Поэтому использование сказки, рассказа, басни или сочинения при обследовании часто оказывается очень полезным и даже незаменимым для характеристики интеллектуальной деятельности ребенка и особенностей его психического развития.

Цель чтения — понимание смысла прочитанного, той мысли, которую хотел выразить и передать читателю автор.

Для понимания текста необходимо:

1) понимание непосредственного конкретного значения слова, фразы, предложения, отрывка;

2) понимание мысли, лежащей за этими непосредственными значениями. Эта мысль может быть раскрыта путем установления связей между отдельными частями текста при помощи рассуждения, умозаключения, целенаправленного использования собственного опыта;

3) раскрытие внутреннего смысла литературного текста, выходящего за пределы того, что непосредственно выражено словами; это мотивы поступков действующих лиц и отношение самого автора, т. е. то, что хотел показать автор. Смысл передается различными стилистическими приемами и воспринимается путем сопоставления фактов, событий и слов действующих лиц.

На отдельных этапах развития ребенка основное место занимают то одни, то другие элементы этого процесса понимания текста. На более низких ступенях развития ребенок не понимает внутреннего смысла рассказа. Он не умеет в достаточной степени установить и те смысловые связи, которые выражены и сформулированы в самом тексте. Нередко текст воспринимается им разрозненно, фрагментарно: ребенок останавливается на отдельных, доступных ему словах, выражениях, эпизодах, еще не всегда устанавливая нужные связи между элементами текста. Вместо этих контекстных связей у ребенка возникают прямые внеконтекстные связи. Он вспоминает то, что было в его собственном опыте связано с данным словом или даже что-нибудь случайное, что в этот момент бросилось ему в глаза или пришло на память. Лишь позднее эти непосредственные связи могут тормозиться, и ребенок начинает улавливать связи, заключенные в тексте, но сначала лишь наиболее простые, внешние, единичные. Установить систему связей, понять общий смысл и значение отдельных элементов в этой общей системе ребенку еще трудно.

Наиболее низкая ступень понимания текста проявляется в искажении значения отдельных слов, их грамматических и смысловых связей.

Наиболее высокую ступень понимания текста мы имели в тех случаях, когда ребенок, тормозя побочные связи, устанавливал систему связей из элементов текста и, не ограничиваясь этим, проникал в тот внутренний смысл рассказа, сказки, басни, для

выражения которого внешние конкретные связи часто являются только средством.

В качестве примера подобной коллизии можно привести известную всем детям сказку «Репка». В самом деле, большие дедушка и бабушка не могли вытащить репку, пришла маленькая мышка и вытащила репку. Нормальный ребенок довольно легко выходит за пределы непосредственно данного, единичного, умо-заклячая на основе общего содержания всей сказки: «Их стало много, они все вместе вытащили» или: «Им маленько силы не хватало, пришла мышка, и они вытащили». Наоборот, умственно отсталые дети исходят при объяснении этого факта не из содержания сказки в целом, а из последнего, отдельно взятого, эпизода: «Мышка пришла и вытащила репку — мышка была самая сильная».

Характерные трудности в понимании литературного текста умственно отсталыми детьми

Нормальный ребенок старшего, а иногда и среднего дошкольного возраста может отойти от непосредственно данного и перейти к более высокому уровню понимания доступного материала.

У умственно отсталых детей мы встречаем значительные трудности во всех звеньях понимания литературного текста. Кроме характерных затруднений в установлении системы связей, у умственно отсталых детей затруднено и понимание отдельных элементов текста.

Общезвестно, что запас слов у умственно отсталого ребенка относительно невелик. Как правило, состав его словаря не выходит за пределы привычной, обиходной речи. Читая даже простой текст детских рассказов, он не понимает многих слов, тонких различий между близкими по значению словами.

Умственно отсталый ребенок затрудняется в понимании синонимов. Так, например, в одном из предложенных рассказов для обозначения одного и того же животного использовались слова «собака», «пес», «Барбос». Умственно отсталый ребенок считает, что речь идет каждый раз о другом предмете. Умственно отсталый ребенок не всегда дифференцирует слова, производимые от одного корня, например «сено» и «сенокос» могут означать для него одно и то же.

Наличие омонимов (слов, одинаковых по звучанию и начертанию, но различных по смыслу) также может затруднить понимание текста. Часто умственно отсталый ребенок осознает значение отдельного слова независимо от контекста. Например, прочтя слово «иголки», он немедленно связывает его с процессом шитья, не считаясь с тем, что речь идет об иглоках хвойных деревьев; в результате он не понимает текста в целом.

Значение слов, выражающих отношения, например, раньше — позже и даже «рано» и «поздно», плохо осознается умственно отсталыми детьми.

Значение слова привязано к данному конкретному объекту или случаю. Так, например, умственно отсталому ребенку непонятно, что у маленьких котят есть мама-кошка. «Мама кошка не бывает, она им кошка», — говорит ребенок.

Условное, идиоматическое употребление слов хотя практически иногда и усваивается умственно отсталым ребенком, но недостаточно осознается, что нередко нарушает понимание текста. Например «держать козу» для умственно отсталого ребенка означает держать ее руками. Он высказывает мысль, что козу не надо держать, а надо привязывать.

Умственно отсталый ребенок с большим трудом понимает слова в контексте и из контекста, и часто лишь при помощи и руководстве взрослого. Естественно, это сильно затрудняет процесс чтения, так как при чтении слово приобретает актуальное значение только в контексте. Однако фрагментарное понимание текста умственно отсталыми детьми зависит не только от недостаточного понимания отдельных слов и нечеткой дифференциации значений. Умственно отсталый ребенок не направлен при чтении на усвоение целого, на преодоление отдельных трудностей на основе понимания общего смысла. Он берет из текста более знакомое, привычное, упрощая и искажая, в конечном счете, смысл и образуя прямые, внеконтекстные связи. В силу того что общий смысл рассказа не имеет для умственно отсталого ребенка ведущего значения, он может легко оборвать чтение рассказа в любом месте или дополнить его собственными случайными (чаще привычными) ассоциациями.

«Девочка Маша пошла в лес. Она нашла домик. В домике жили три медведя». На этом ребенок останавливается. На вопрос: «Что же дальше было с Машей?» — ребенок, не задумываясь, отвечает: «Она осталась у них жить».

Наглядные элементы часто играют настолько большую роль в восприятии текста умственно отсталым ребенком, что он может присоединить к тексту как его составную часть следующий за текстом рисунок или вопрос для повторения.

Так, например, о рассказе Л. Н. Толстого «Косточка» ребенок говорит: «Ваня чего-то заплакал, а после грач» (внизу на той же странице нарисован грач). Или, рассказав о том, как мальчик Митя играл с собакой, ребенок добавил: «Что Митя делал и что Митя делает?» — механически присоединив к рассказу поставленный в книге вопрос.

Так как умственно отсталый ребенок при чтении не направлен на анализ самого текста и воспринимает его недифференцированно, он не разбирается в тексте со сколько-нибудь сложной грамматической структурой. Соотношение между главным и придаточным предложениями большей частью им не улавливается.

Нельзя было бы думать, что понимание внутреннего смысла текста недоступно умственно отсталому ребенку, но он редко овладевает смыслом текста без посторонней помощи. Для того чтобы понять внутренний смысл, сделать вывод, необходимо правильно использовать свой прошлый опыт, актуализировать его именно в том направлении, какого требует смысл данного текста. Нормальный ребенок легко переносит имеющийся у него опыт на другой, частично незнакомый еще ему материал. Такое обобщение и перенос представляют наибольшие трудности для умственно отсталого ребенка.

Для того чтобы понять смысл рассказа, надо прежде всего ясно представлять себе заключенные в нем временные и причинные отношения. Именно в этом умственно отсталый ребенок встречает наибольшие затруднения.

Так, например, в рассказе Л. Н. Толстого «Бабка и внучка» говорится о последовательности поведения двух действующих лиц, которые связаны друг с другом. «У бабки была внучка. Прежде внучка была мала и все спала, а бабка сама пекла хлеб, мела избу, мыла, шила и ткала на внучку. А после бабка стала стала, легла на печку и все спала. И внучка пекла, мыла, шила, пряла и ткала на бабку».

В этом небольшом рассказе пропущено несколько звеньев: не сказано, что бабка была еще молодой и сильной, когда внучка была мала, не сказано и о том, что внучка подросла и научилась все делать, когда бабушка состарилась. Не сказано и о том, что, состарившись, бабка не в состоянии была уже работать. Не сформулирован и вывод о том, что внучка должна была позаботиться о бабке, как та прежде заботилась о ней. Все это составляет подтекст рассказа. Несмотря на простоту сюжета, рассказ в такой краткой, схематичной форме умственно отсталому ребенку малодоступен.

На вопрос: почему внучка прежде все спала, а потом начала все в доме делать? — ребенок отвечает: «Выспалась». Другой умственно отсталый ребенок передает содержание так: «Они мыли, шили, пряли, ткали и спать пошли». Тенденция к упрощению содержания, к замене сложной системы связей примитивной схемой характерна для умственно отсталых детей.

Еще труднее для умственно отсталого ребенка установление причинных связей. При этом нередко встречается расхождение между чисто языковой, логической формой и смыслом. Так, умственно отсталый ребенок, отвечая на вопрос «почему?», иногда ограничивается тем, что соединяет два предложения, относящиеся к данному объекту, союзом «потому что», не раскрывая существенных в данном контексте связей.

Примером может служить пересказ сказки Бианки «Белочка и зайчик».

«Летом подружилась белочка с зайчиком. Белочка была рыженькая, а зайчик серенький. Каждый день они прибегали на

должна и запомнить друг друга. Белочка приносила грибы и шишки, а зайчик — морковку и капусту. Прошло лето. Наступила зима. Выпал белый снег. Выскочила белочка из дупла. Она увидела зайчика и не узнала его: он был не серый, а белый. А зайчик увидел белочку и не узнал ее: она была не рыженькая, а серая. Но летом они опять узнают друг друга».

Умственно отсталый ребенок говорит по поводу этого рассказа: «Зайчик опять будет серым, *потому что* он морковку и капусту ест». Ребенок понял два положения в тексте, относящиеся к зайцу: 1) заяц летом серый; 2) заяц ест морковку и капусту — и установил причинную связь между этими двумя случайно взятыми элементами.

В другом случае ребенок не понял и того, что речь идет об одном и том же зайце, который может быть то белым, то серым. «Зайцы бывают белые и серые, а белки рыжие, и они прыгают по деревьям».

Отход в сторону, привнесение не относящихся к существу дела фактов характерны для умственно отсталого ребенка. Он не строит умозаключения, но переходит от конкретного к конкретному; поэтому его рассуждение непродуктивно.

Пример:

«Заяц серый, и уши у него длинные; белка рыженькая, и уши у нее короткие. У кого голова большая, у того и уши большие», — заключает ребенок.

Чем меньше раскрыт смысл рассказа в тексте, тем труднее умственно отсталому ребенку понять его. Маленький рассказ «Брат и сестра» из букваря включает только один эпизод: «Говорит брат сестре: «Не тронь моего волчка». Отвечает сестра брату: «А ты не тронь моих кукол!» Дети расселись по разным углам, но скоро им стало скучно».

Умственно отсталые дети не понимают этого рассказа, потому что смысл его в основном заключен в подтексте. Для того чтобы понять этот рассказ, ребенок должен дополнить его, прибегнув к имеющемуся у него опыту. Он знает, как плохо остаться во время игры без партнера, насколько приятнее дружно играть вместе, чем сидеть по углам в одиночестве, и как скучно бывает, когда дети не хотят давать друг другу игрушки. Умственно отсталый ребенок затрудняется при необходимости самостоятельно раскрыть весь этот ход мыслей. Слова брата и сестры в рассказе остаются сами по себе, система связей не образуется. И если ребенка спросить: «Отчего им стало скучно?» — он будет искать ответ не в самом рассказе, а независимо от него: «Надо еще было ребят позвать».

Еще труднее умственно отсталому ребенку уловить общий смысл рассказа, включающего ряд эпизодов или действующих лиц. Предлагается рассказ «Нерешенный вопрос». «Животные заспорили, что вкуснее всего. Кот сказал — молоко, Собака — косточка, Козел — сено, Петух — зерно».

Нормальный ребенок легко приходит к выводу, что для каждого вкуса его пища. Умственно отсталый ребенок обычно не способен к такому обобщению. Он останавливается на том, что хорошо с его собственной точки зрения: «Кот правильно сказал — молоко лучше». Смысл рассказа «Нерешенный вопрос» при этом теряется.

Рассказ Ушинского «Четыре желания» очень труден для умственно отсталых детей. Он как бы распадается в их восприятии на разные части, которые ничего общего между собой не имеют:

а) описание времяпрепровождения Мити, которое им доступно;

б) записи отца, которые, как они считают, отношения к делу не имеют.

«Папа писал письмо» или «записку» — говорят они. Слово «желание» им совсем непонятно или понимается непосредственно, без отношения к другим желаниям мальчика. Противоречивость четырех желаний совсем недоступна, так же как предполагающийся вывод, что каждое время года имеет свою привлекательность.

Что касается понимания басен, то не только аллегорический смысл их, но и оценка поведения действующих лиц недоступны умственно отсталому ребенку. О басне «Мартышка и очки» он говорит: «Мартышка не виновата, что разбила очки, она зверь и не умеет их надевать».

Приемы исследования понимания текста ребенком. Обычно считают, что достаточно попросить ребенка пересказать прочитанное или задать ему несколько вопросов по содержанию, чтобы выявить уровень его понимания. В действительности этого часто бывает недостаточно.

Многие дети не умеют внимательно слушать чтение, не вникают в содержание, отвлекаются и часто дают случайные ответы, не обнаруживая доступного им уровня понимания текста. Некоторые дети плохо запоминают прочитанное, но понимание смысла им доступно. Другие, напротив, механически воспроизводят то, что ими недостаточно осознано.

Дети с недоразвитием речи затрудняются в передаче содержания отрывка; при этом они часто понимают больше, чем могут высказать. Дети робкие, заторможенные часто совсем отказываются от пересказа или дают его на уровне, который ниже их возможностей. Наконец, самостоятельная передача того, что было воспринято, а иногда и пережито, требует высокого уровня развития мышления, недостаточность которого особенно характерна для умственно отсталых детей.

Учитывая все эти особенности, учитель часто вынужден пользоваться обходными путями, подбирая такие приемы обследования, которые позволяют наиболее правильно определить действительный уровень понимания литературного текста ребенком. Иногда ребенок (заторможенный или страдающий речевыми

затруднениями) отказывается от всяких высказываний по прочитанному. В таких случаях можно обращаться к иллюстрациям или начинать рассказывать самому, тем самым активизировать ребенка и дать ему возможность обнаружить свое понимание показом соответствующих картинок, их последовательности и т. п. При этом учитель стремится выявить отношение ребенка к прочитанному, его эмоциональную реакцию, будь то в мимике, в жесте, в вокализации. Первое обращение к ребенку не должно носить характер требования прямого ответа на прямой вопрос. Задача заключается в том, чтобы вызвать собственную непосредственную реакцию. Исходя из этой непосредственной реакции, учитель старается побудить ребенка к развернутым речевым высказываниям.

Когда мы имеем дело с детьми, уклоняющимися от нормы в своем развитии, необходимо быть очень осторожным с вопросами. Вопросы легко уводят ребенка в сторону от контекстных связей к случайным. Например, по ходу рассказа задается вопрос: кому было нужно пальто? «Мне», — отвечает мальчик, вспоминая, как ему покупали пальто. «Что купила мама?» По ходу рассказа надо ответить: «Клетку». «Конфетку», — отвечает ребенок, исходя из того, что было с ним сегодня. Кроме того, не совсем удачно сформулированный вопрос всегда провоцирует неправильный ответ. Построение вопроса, интонация также могут иметь внушающее значение.

Иногда необходимо как бы оторвать ребенка от его собственного опыта, ввести в русло контекстных связей, для того чтобы оценка была обусловлена самим рассказом. Так, при чтении рассказа Л. Н. Толстого «Три калача и одна баранка» умственно отсталые дети очень часто видят ошибку крестьянина в том, что он купил калачи и баранку, а не пошел обедать.

Целесообразно привлечь внимание ребенка на отдельных действующих лиц, на определенные эпизоды рассказа, для того чтобы уяснить характер понимания и оценки отдельных фактов, поступков в связи с общим смыслом рассказа в целом.

Когда ребенок осуществляет свободный пересказ, надо обратить внимание на уровень осмысления материала (фрагментарное, целостное понимание внутреннего смысла) и речевое оформление (словарь, связность, последовательность изложения). Иногда целесообразно дать ребенку сопоставить между собой рассказы, сходные по внешним моментам, и рассказы, сходные по внутреннему смыслу.

Таким образом, основное, что требуется уяснить в процессе беседы по прочитанному, будет следующее:

1) понимает ли ребенок смысл рассказа, остается ли понимание стойким, вопреки отдельным конкретным деталям, которые могли бы увести его в сторону случайных ассоциаций;

2) улавливает ли ребенок временные, причинные связи («прежде — после», «почему — потому что»);

3) способен ли к образованию системы связей (может ли понять инверсии в построении предложений, усложнения композиции рассказа);

4) доступно ли понимание подтекста (может ли сделать выводы, умозаключения, правильно связать с прошлым опытом).

Чрезвычайно важным моментом, как и во всех других разделах педагогического обследования, является отношение ребенка к помощи педагога и умение ее использовать.

Помощь может заключаться в:

1) объяснении непонятного;

2) раскрытии содержания и восполнении пропущенных звеньев;

3) наводящих вопросах учителя;

4) пересказе учителя с дополнениями ребенка.

Большое значение для достоверности результатов обследования имеет правильный подбор литературных текстов.

Чисто описательные тексты или такие, в которых дается только последовательность внешних событий, без общей объединяющей мысли, без скрытого внутреннего смысла, могут быть нужны для других целей (например, выявление возможностей запоминания и воспроизведения текста), но для определения уровня и особенностей понимания и развития мышления ребенка они непригодны. Для этой цели нужно подбирать тексты, подобные приведенным выше рассказам Толстого, Ушинского, Бианки и др., которые дали бы возможность судить о способности понять внутренний смысл текста, сделать выводы и умозаключения.

Решение вопроса о том, давать ли ребенку читать самому или прочесть ему вслух, определяется в основном состоянием техники чтения ребенка. Для тех целей, о которых говорилось в этом разделе, предпочтительно, чтобы читал учитель. Дать ребенку прочесть рассказ самому можно лишь в том случае, если он свободно читает связный текст.

6. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАГЛЯДНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Основной симптом умственной отсталости, как это неоднократно подчеркивалось, недоразвитие процессов отвлечения и обобщения. Всякая деятельность, которая требует отвлечения от конкретного и предполагает обобщение наглядного материала в определенную систему, а также обобщение своего прошлого опыта, вызывает у умственно отсталых детей специфические затруднения и приводит к тем своеобразным затруднениям при решении интеллектуальных задач, которые характерны для умственно отсталых детей.

Ребенок знакомится с окружающим миром в процессе наблюдения. Школьное обучение вводит этот процесс в известную

систему и ставит своей задачей расширение круга представлений и развитие мышления ребенка.

Учитель сознательно работает над тем, чтобы уточнить представления и понятия учеников, научить их наблюдать, систематизировать наблюдения и делать из них выводы. К. Д. Ушинский справедливо рассматривал проблему наглядного обучения в единстве с развитием словесно-логического мышления. Поэтому, наблюдая работу ребенка с наглядным материалом, можно непосредственно проследить становление понятий, развитие суждений и умозаключений, а также проанализировать те трудности, которые встречает ребенок в процессе начального обучения.

В ряде случаев для уточнения диагноза, в особенности для дифференциальной диагностики умственной отсталости от остальных форм психических нарушений, целесообразно провести специальное исследование процессов отвращения и обобщения с помощью наглядного материала.

В данном практическом пособии мы остановимся на описании лишь немногих, наиболее простых, распространенных и проверенных методов экспериментального исследования процессов отвращения и обобщения на наглядном материале, куда входят:

- а) описание сюжетных картинок; б) процесс сравнения;
- в) классификация предметов или картинок.

Описание сюжетных картинок

Одним из простейших способов исследования перехода от восприятия отдельных предметов или ситуаций с их наглядно данными особенностями к осознанию сложной системы связей является метод описания картинок.

Показывая ребенку простую сюжетную картинку, мы можем поставить перед собой вопрос, что означает данная картинка для ребенка, т. е. каков уровень его отражения действительности.

Приведем пример.

Ребенку дается картинка «Собрание в колхозе». На картинке изображена большая комната. На скамьях рядами сидят люди, перед ними человек на возвышении что-то говорит, обращаясь к сидящим.

Дети по-разному воспринимают и описывают эту картинку в зависимости от уровня развития их аналитико-синтетической деятельности.

На одном уровне развития дети в беспорядке перечисляют отдельные, попавшие в поле зрения объекты: стол, окно, лампа, дяденька, дверь, радио и т. д. Такие дети не пытаются понять смысл изображенного, не выделяют основные элементы картинки, часто даже пропускают их. Слово не обобщает воспринимаемого материала, не руководит анализом изображенного на картинке. Использование слова ограничивается названием отдельных предметов. На этом уровне развития познавательной деятельности

сти ребенок еще не может видеть всей картинке в целом, не пытается установить связь между отдельными объектами. Такая задача перед ним вообще не возникает.

На более высокой ступени развития дети начинают выделять центральную фигуру и даже в состоянии понять изображенное на картине действие, но затем опять переходят к перечислению: «Дядя рассказывает, дяденьки сидят. Скамья, лампа, дверь, окно, цветы на окне» и т. д.

В первом случае ребенок видел только отдельные предметы. Во втором он выделяет наглядное действие, но не охватывает ситуацию в целом; ему не удается установить систему связей, необходимую для понимания смысла картинки.

Факт установления внутренних связей при восприятии картинки проявляется прежде всего в изменении роли слова: Слово начинает служить уже не только для называния отдельных предметов, но и для анализа ситуации в целом. В результате анализа наглядного материала и его обобщения ребенок может прийти к обобщенному обозначению изображенной на рисунке ситуации.

«Класс», — высказывает предположение ребенок, рассматривая описанную картинку. Однако, проверяя свое предположение путем дальнейшего анализа наглядно данного предмета и сопоставления отдельных деталей рисунка, ребенок опровергает его и останавливается на другом: «Не класс, а собрание проводят».

Анализ содержания простых сюжетных картинок может дать хороший материал для суждения об уровне мышления ребенка, об особенностях отвлечения и обобщения.

Иногда удается наблюдать, как протекает переход от отрывочного понимания отдельных частей картинки к пониманию картинки в целом. Путем развернутого анализа ребенок постепенно переходит от наглядного образа к пониманию целого.

Например, в процессе рассматривания картинки, на которой изображены кошка, пытающаяся поймать птичку, и вылетающая в открытое окошко птичка, ребенок высказывает последовательно ряд суждений.

Первый этап: «Птица сидела на окошке, а тут (показывает) сидела кошка». Делает вывод: «Кошка бросилась за птичкой».

Второй этап: «Окно было открыто». Вывод: «Птичка вылетела в окно».

Общий вывод: «Кошка хотела поймать птичку, но ей не удалось».

На более высоком уровне развития ребенок, посмотрев на картинку, сразу формулирует основную мысль. Вся цепь рассуждений протекает в открытой форме. На этом уровне развития ребенок может обойтись без развернутого описания всех деталей картинки. Не перечисляя изображенных на ней предметов и даже действий, ребенок сразу характеризует ситуацию в целом, например: «Детский сад», «Деревня», «Демонстрация» и т. п. В этих

случаях мы имеем дело, несомненно, с обобщенным восприятием, причем слово-понятие играет организующую роль.

Методика работы с сюжетными картинками очень проста. Подобрать картинки можно из букварей, пособий по развитию речи, детских книг. При подборе картинок надо использовать главным образом такие, в которых есть центральная идея, общий смысл, которому должно быть подчинено восприятие отдельных предметов. При этом иногда целесообразно вводить конфликтные моменты. Так, например, на переднем плане более ярко окрашенными могут оказаться предметы, не имеющие значения для понимания основного смысла картинки; ребенок, хорошо понимающий смысл картинки в целом, легко отвлечется от них, в то время как ребенок, у которого процессы отвлечения и обобщения недостаточно развиты, легко подпадет под влияние ярких, хотя и несущественных, деталей картинки и даст неверную оценку сюжетной картины в целом.

Паряду с простыми сюжетными картинками необходимо вводить и такие, в которых заключен скрытый, внутренний смысл. Сюда относятся такие картинки, как «Опять двойка!», «Переполюх», «Где вы пропадали?»

Предлагая ребенку ту или иную картинку, необходимо ясно отдавать себе отчет в том, что мы от него хотим получить, а также проанализировать данные им описания.

Задание первоначально дается в такой форме: «Расскажи, что нарисовано на картинке». Если ребенок затрудняется самостоятельно ответить на этот вопрос, ему следует оказать помощь в форме наводящих вопросов, дополнительных объяснений, примерного анализа содержания картинки. Дети без выраженной умственной отсталости легко воспользуются предложенной им помощью и будут гораздо лучше анализировать следующие картинки. Умственно отсталые дети плохо используют предложенную им помощь, и она мало влияет на анализ ими других сюжетных картинок. Поэтому выяснить, как использует ребенок предложенную ему помощь, бывает особенно важно для дифференциальной диагностики.

При обследовании ребенка весьма эффективно использование последовательных картинок, каждая из которых отражает какой-либо этап разворачивающегося сюжета.

Серия последовательных картинок может состоять из двух, трех и более картинок.

Картинки воспринимаются легче, чем рассказ, так как содержание здесь дано в наглядной форме. В то же время восприятие картинки включает и особые трудности:

1. Наглядное содержание картинки легко вызывает у ребенка побочные ассоциации и уводит его в сторону.

2. Не все может быть изображено на картинках, а потому при рассказе по картинкам часто бывает необходимо мысленно воссоздать пропущенные звенья.

3. Дети в рассказе дают временную последовательность, то на картинке — только пространственная, которую надо еще испол-

Методика предъявления последовательных картинок состоит в следующем. Картинки раскладываются перед ребенком в беспорядке, а он должен разложить их в последовательности и рассказать содержание всей серии картинок (составить последовательный рассказ по серии картинок). При более облегченном варианте картинки предъявляются не в беспорядке, а в последовательности.

При обследовании детям необходимо предлагать и такие серии картинок, в которых имеется пропущенное звено.

Трудности в понимании последовательных картинок у умственно отсталых детей очень велики. Умственно отсталый ребенок затрудняется в понимании временных и причинных связей. Возьмем для примера легкую серию, состоящую из двух последовательных картинок: «Кошка подстерегает мышь» и «Кошка поймала мышь».

Умственно отсталый ребенок часто кладет вторую картинку на место первой, мотивируя это тем, что «кошка поймала и съест». В этом едином для него акте вторая часть является более наглядной и существенной, поэтому он кладет вторую картинку на первое место.

Иногда умственно отсталый ребенок затрудняется при необходимости связать две картинки по содержанию. Он не понимает, что одна и та же кошка фигурирует и на первой и на второй картинке, и рассматривает обе картинки независимо друг от друга.

Для того чтобы понимание последовательности картинок стало возможно, необходимо уяснение временных отношений, выражаемых через наглядно данные пространственные отношения: «Кошка поймала мышку. Она *сначала* поиграет, а *потом* съест». Этот процесс на определенном уровне развития аналитико-синтетической деятельности может представлять для умственно отсталого ребенка значительные трудности.

Употребление форм глаголов прошедшего, настоящего и будущего времени при анализе наглядного (зрительно данного на плоскости) материала говорит о некотором развитии абстрактного мышления. О том же свидетельствуют и сложные грамматические формы построения предложений, например: «Кошка *увидела* птичку, *полезла* в окно, *чтобы* скорее поймать, а птичка *уже* улетела».

Тем не менее понимание последовательности серии картинок, в которых нет пропущенного звена, доступно многим умственно отсталым детям, хотя в этих случаях они нуждаются в наводящих вопросах. Такова, например, серия, состоящая из трех последовательных картинок: 1. «В лесу рубят елку». 2. «Из леса елку везут на санях». 3. «Дети в комнате танцуют вокруг елки».

Для умственно отсталого ребенка не может разложить эти картинки в правильной последовательности, то он часто отказывается в состоянии составить рассказ по этим картинкам, если они предъявлены в необходимой последовательности. Иначе обстоит дело в тех случаях, когда одно (или более) звено пропущено.

Примером может служить такая серия:

Картинка I. Мальчик находится на мостике над прудом. Он протягивает руку в воду, чтобы достать цветы, которые растут в пруду. Возле него лежит собака.

Картинка II. Собака плывет по направлению к мостку и держит зубами мальчика за рубашку.

На картинках пропущено два звена:

а) не видно, что мальчик упал в воду;

б) не видно, что собака бросилась за ним.

Для умственно отсталого ребенка пропуск звена может создать непреодолимые препятствия для понимания.

«На первой картинке мальчик лежит на мостике, на второй он плывет с собакой», — объясняет ребенок.

В ряде случаев умственно отсталые дети останавливаются на отдельных, наглядно данных моментах и случайно вызванных ими ассоциациях или создают свой упрощенный рассказ: «Мальчик хотел пускать кораблики, потом он купался вместе с собакой».

Для того чтобы понять связь картинок, надо не только проанализировать и сопоставить изображенные на них моменты, но и использовать свой собственный обобщенный опыт, осуществить целую цепь суждений и сделать из них вывод: «Мальчику хотелось набрать лилий, отнести домой и поставить в воду. Ему кажется легко, а лилии далеко, и вода глубока. Он потянулся за лилиями и упал в воду. Собака спасла мальчика».

Картинки, связанные единством сюжета, дают возможность составить представление о состоянии процессов отвлечения и обобщения, так как ребенок должен выделить существенное в каждой из картинок и найти общую мысль в ряде картинок.

Характер решения этого рода задач симптоматичный и может иметь значение для дифференциальной диагностики умственной отсталости.

Процесс сравнения

Сравнение — один из важнейших процессов, с помощью которых осуществляется познание реальной действительности. К. Д. Ушинский писал, что «если бы существовал какой-нибудь предмет, который ни от чего нельзя было бы отличить и ни к чему приравнять, то мы бы ничего о нем не знали».

Сравнение является и основным приемом дидактики. Нет такого учебного предмета, при изучении которого не надо было бы

пользоваться сравнением. Именно в процессе сравнения формируются представления и понятия, на основе которых строится система понятий — классификация. Поэтому специальное исследование процесса сравнения является необходимым звеном при изучении процессов отвлечения и обобщения.

Анализируя особенности процесса сравнения у ребенка, лучше всего предъявить ему два предмета или их изображения на картинке и попросить ответить на вопрос, чем они похожи и чем отличаются (или чем непохожи).

Умственно отсталый ребенок испытывает значительные трудности уже при необходимости сравнить два хорошо знакомых объекта. На известном уровне развития аналитико-синтетической деятельности сколько-нибудь полноценная операция сравнения может отсутствовать. Ребенок не в состоянии выделить и сопоставить отдельные признаки предмета. Способность к абстракции еще не развилась. «Коза — это коза, а корова — корова». Найти сходство и различие ребенок не может, да он и не понимает этой задачи.

Первый шаг к сравнению — это выделение и перечисление признаков (самых разнообразных и случайных) каждого предмета в отдельности без попытки сопоставления.

Далее идет сопоставление обоих предметов, но по различным признакам: «У козы рога, а корова коричневая».

Сравнение может происходить на основе общих для обоих объектов признаков, но в этих случаях умственно отсталые дети часто ограничиваются только одним или очень немногими признаками, в то время как показал ряд исследований, нормальные дети сравнивают предметы на основе ряда признаков¹.

Сравнивая предметы на основе отдельных, разрозненных признаков, умственно отсталый ребенок часто делает заключения, которые противоречат друг другу: «У коровы рога, и у козы рога — одинаковые»; «Корова мычит, а коза «бе» — разные».

Характерно, что умственно отсталые дети осуществляют сравнение по несущественным признакам, например: «Трамвай и поезд похожи — длинные». Сравнение часто носит характер простого противопоставления: «У собаки голова длинная, а у кошки круглая». Нередко это противопоставление есть результат формальных словесных ассоциаций: «Корова белая, коза черная».

Очень редко умственно отсталые дети сравнивают предметы на основе одного и того же признака при различии в степени его выраженности, например: «Корова больше козы» (сравнение по величине) или «Корова сильнее, чем коза» и т. п.

Умственно отсталые дети младшего школьного возраста почти не в состоянии сравнивать предметы на основе установления их сходства и различия (чем похожи и чем не похожи).

¹ См.: «Очерки познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы», под ред. И. М. Соловьева. М., Изд-во АПН РСФСР, 1954.

Если нормальный ребенок говорит, что коза и корова похожи тем, что они домашние животные, или ворона и воробей похожи тем, что они птицы, то умственно отсталый ребенок скажет: «похожи тем, что буга у», «хвост есть», «ноги есть». В этих случаях они лишь указывают на общие признаки по типу генерализации.

Сравнение путем обобщения на основе родового понятия у умственно отсталых детей составляет исключение.

Классификация предметов или картинок

Большое место в процессе работы по развитию мышления детей на первоначальных этапах обучения отводится занятиям классификацией.

На первых же уроках родного языка ребенок встречается с понятиями «растения», «животные» (дикие и домашние), «одежда», «посуда» и т. п.

Элементы классификации необходимы при изучении любой области знаний, любого учебного предмета. К. Д. Ушинский считал, что систематическая работа над классификацией в процессе первоначального обучения имеет весьма существенное значение в развитии мышления ребенка. Если мы обратимся к его классическому руководству по первоначальному обучению «Родное слово», то увидим, что классификация проходит красной нитью через всю книгу, начиная с первых ее страниц, где даны более близкие ребенку понятия «игрушки», «учебные вещи» и т. п. и до конца книги, где ребенок знакомится с такими понятиями, как «меры длины и тяжести», «земледельческие орудия» и т. п. Тот же принцип лежит и в основе современных учебников, соответственно которым развитие речи идет параллельно с логическими упражнениями.

Классификация в различных ее видах, следовательно, один из наиболее эффективных и наиболее распространенных методов исследования процессов отвлечения и обобщения.

Задача исследования и заключается в том, чтобы выяснить, насколько развита у ребенка способность к отвлеченному мышлению, т. е. каким образом, на каком уровне он может отражать в своем сознании связь между предметами и явлениями окружающей действительности.

Материалом для эксперимента могут служить специально подобранные предметы или картинки. Пользоваться картинками удобнее, так как набор их легко достать или составить из имеющихся лото; можно разрезать для классификации таблицы, употребляющиеся в качестве учебных пособий. Кроме того, картинки портативнее, и ими удобно пользоваться в любых условиях.

Картинки для классификации следует подбирать так, чтобы из них можно было образовать различные группы: овощи, ягоды, фрукты, грибы, цветы, деревья, животные (дикие и домашние),

на, мебель, транспорт, орудия и инструменты, игрушки, письменные принадлежности и т. п. — с таким разделом, чтобы можно было установить соподчиненность понятиям, т. е. соединить, например, цветы, деревья, овощи в одну группу растений или разделить группу деревьев на хвойные и лиственные, цветы — на полевые и садовые, т. е. укрупнить или разукрупнить группы соответственно поставленной задаче.

Следует предусмотреть также возможность объединения картинок и по ситуационному принципу (отнести в одну группу предметы, входящие в одну конкретную ситуацию), и по основному внешнему сходству (например, по цвету).

Необходимо также иметь в виду возможность использовать этот материал во время работы с различными группами испытуемых. Так, для слабого или очень отсталым детям надо предлагать картинки, соответствующие по содержанию картинкам, которые легко распределить по группам. Для более старших материал усложняется и расширяется по объему.

Для каждой картинки должен быть изображен отдельный предмет. Предметы рисуются на карточках одинакового размера.

Помимо предметов, которые относятся к знакомым, заученным в школе категориям (овощи, посуда и т. п.), должны быть и такие, относительно которых необходимо решить, к какой категории их следует отнести (например, корзина, часы и т. п.).

Инструкция и порядок проведения эксперимента. На столе раскладываются без определенного порядка картинки с изображением отдельных предметов.

В тех случаях, когда может возникнуть сомнение, правильно ли ребенок узнает картинки, ему целесообразно предложить рассмотреть и назвать каждую картинку. Если затруднений в узнавании и назывании отдельных картинок нет, дается инструкция: «Разложи картинки по группам, что к чему подходит». Если ребенок не понял инструкции, можно изменить формулировку или дать дополнительные указания.

После того как ребенок распределил картинки по группам, необходимо поставить вопрос по отношению к каждой группе:

1. Почему ты положил эти картинки вместе?
2. Как можно назвать каждую группу картинок одним словом?

Если и это задание выполнено, следует перейти к следующему этапу работы:

1. Сделай так, чтобы групп было меньше. Какие группы можно соединить вместе? Как можно назвать новые группы?
2. Можно ли сделать больше групп? Какие группы можно разбить на более мелкие? Как назвать каждую подгруппу?

Рассмотрим трудности, которые встречаются у умственно отсталых детей в процессе классификации.

Есть дети, которым сама задача какой бы то ни было классификации недоступна. На этом этапе ребенок рассматривает каждую картинку в отдельности и чаще всего ограничивается их называнием. Если его просят произвести классификацию, ребенок складывает картинки столбиками независимо от их содержания. Эти дети не различают слов, обозначающих видовые и родовые понятия. Круг представлений, как и запас слов, у ребенка ограничен. Так, например, если он знает из названий деревьев только березу, то понятия «береза» и «дерево» для него синонимичны и он ни за что не отнесет березу к группе деревьев: «Это береза, а это деревья».

Умственно отсталые дети довольно часто объединяют картинки, между которыми как будто нет ничего общего, например, «волк и пирамидка», «заяц и карандаш». Если спросить ребенка, почему он так сделал, он отвечает: «Волк зайцев ест, а пирамидкой играют»; «Заяц бегает, а карандашом рисуют». Опрос ребенка показывает, что попытки обобщения (как и осознания самого процесса) в действительности нет.

Когда ребенок понимает смысл классификации, самой примитивной ее формой оказывается объединение картинок по внешним наглядным признакам, например: «Платье красное и моя красная».

Наиболее часто умственно отсталые и некоторые другие группы отстающих детей производят классификацию по ситуационному признаку, в основе которой лежит общность конкретной ситуации, например: «Карандаш и стол должны быть в одной группе, потому что карандаш без стола и не нужен — не будешь же ты на полу писать и стол без карандаша не годится — пальцем писать не будешь».

Ситуационное мышление не исчерпывается какой-нибудь одной формой; оно развивается, и в процессе исследования нетрудно обнаружить, на каком уровне оно находится. Ситуационное мышление может быть очень примитивным, и тогда ребенок объединяет только очень близкие ситуационно предметы, например чайник и чашку. Ситуационное мышление бывает и более обобщенным, тогда объединенные ребенком предметы образуют редко встречающуюся ситуацию. Ребенок объединяет, например, картинки, на которых изображены охотник и санитарная собака, но объясняет это объединение тем, что «если волк нападет на охотника, собака поможет ему сделать перевязку». Обилие ситуационных связей может препятствовать образованию отвлеченных связей. Например, ребенок отказывается положить волка и овцу в группу животных, так как «волк овцу съест», «жука никуда положить нельзя — он везде лезет».

Часто ребенок распределяет картинки правильно по абстрактному признаку, но в речевом отчете обнаруживается, что подлинного понимания у него нет и он осуществляет это распределение вовсе не на основе сопоставления существенных признаков

предмета. Например, ребенок правильно разложил по группам: морковь, свекла, капуста; волк, лиса, заяц. Однако на вопрос, почему он положил эти картинки вместе, ребенок отвечает: «Потому что мама их в сумку кладет, когда на базаре купит»; «Потому что волк, лиса и заяц по лесу бегают».

Нередко ребенок правильно распределяет предметы по группам, но не умеет называть или неправильно называет отдельные группы или даже путает названия, например: «семья» вместо «посуда» и «мебель» вместо «одежда». Понятия могут быть очень нестойкими. При усложнении материала, просьбе дать речевой отчет ребенок может вновь перейти к ситуационным связям.

Трудности могут заключаться также в наложении меры общности, в соподчинении понятий.

Ребенок может правильно выполнять классификацию, укрупнять и разукрупнять группы, но при усложнении материала вновь переходит на более низкий уровень. Следовательно, основной дефект оказался стойким и проявляется при предъявлении более сложных заданий.

Наряду с описанным приемом классификации мы располагаем рядом других экспериментальных приемов для изучения развития отвлечения и обобщения, которые также могут быть использованы при обследовании. Сюда относится упрощенный прием классификации предметов, известный под названием «четвертинки».

Из четырех предложенных ребенку картинок (например, «овца», «заяц», «елка», «волк») его просят убрать ту, которая не подходит ко всей остальной группе картинок. Этот способ более прост и доступен для отсталых и маленьких детей. С помощью этого приема можно довольно отчетливо наблюдать различные уровни обобщения. Так, например, один ребенок убирает елку как неподходящую, но в ответ на вопрос, почему он отложил елку, говорит: «Елка зеленая, а они серые», отмечая тем самым несущественный признак. Другой ребенок убирает волка, так как «он и овцу и зайца съесть может», и, наконец, третий ребенок, убрав, как и первый, елку, дает, однако, совсем иное объяснение: «Они все животные, а елка дерево». Эта мотивировка указывает на наличие у него категориальных форм мышления.

Этот несложный эксперимент также можно варьировать, давая более простые и более сложные задачи. Следует попробовать подвести ребенка к правильному обобщению, дав ему последовательно две группы картинок, на которых встречаются изображения одних и тех же предметов, например: «кувшин, кружка, коза» и «лошадь, коза, стакан». Если у ребенка нет подлинного анализа и обобщения, он во втором случае поступит так же, как и в первом, т. е. уберет «козу», оставит «стакан». Если же решение задачи основано на подлинном обобщении, он во втором случае оставит «козу» и уберет «стакан». Этот вариант эксперимента

ориентирует нас в вопросе, есть ли подлинное обобщение у ребенка, не мешают ли ему прежде образованные связи, нет ли тенденции к образованию косных стереотипов

Основные приемы помощи ребенку в процессе исследования

Если мы ограничимся в процессе исследования выяснением, может ли ребенок на данном этапе разрешить поставленную перед ним задачу, то цель исследования еще не будет достигнута. Если, например, ребенок не решил задачу, это еще не значит, что он не может ее решить ни при каких условиях. Если он решил ее правильно, еще не значит, что он сделал это вполне осознанно. Мы обязаны продолжить анализ.

В предыдущем изложении не раз указывалось на то, что сам по себе факт решения или нерешения ребенком какой-либо задачи не дает еще основания для диагностических выводов, что изучение каждого проявления ребенка может быть правомерным и обоснованным только в аспекте развития. Оказывая ребенку помощь в процессе выполнения заданий, мы стремимся выяснить, при каких условиях выполнение задания облегчается, до какого уровня обобщения можно довести данного ребенка и, наконец, как ребенок использует помощь при дальнейшей самостоятельной работе на новом материале.

Помощь может носить различный характер. В одних случаях надо помочь ребенку овладеть инструкцией и руководствоваться ею в процессе работы. Для этого вводятся дополнения к инструкции в форме разъяснений, наводящих вопросов. Иногда необходимо не только изменить формулировку, но и снизить уровень требований, например уменьшить объем материала, изменить порядок его предъявления: давать по одной картинке, спрашивая, в какую группу ее положить, или предложить отобрать животных, растения, посуду и т. д., заранее давая родовое понятие. В ряде случаев целесообразно дополнить словесную инструкцию показом.

Наконец, можно выполнить какую-то часть работы за ребенка, предложив ему продолжить выполнение задания самостоятельно. Например, если ребенок распределил картинки по группам, но не умеет четко мотивировать свой выбор, можно частично сделать это за него; если он затрудняется в распределении на группы, можно выполнить за него часть задания и попросить объяснить, почему можно так сделать.

В каждом отдельном случае применяются различные виды помощи, в зависимости от уровня обобщения, который обнаруживает ребенок при выполнении задания, и от характера его работы.

Посмотрим, какие знания имеют различные дети помощи для понимания особенностей познавательной деятельности ребенка. Допустим, ребенок не выполнит задачи классификации: он не распределил картинки на группы или подобрал группы по случайным признакам. Можно ли на основании этого факта утверждать, что уровень доступного ему обобщения очень низок?

Попробуем помочь ему путем наводящих вопросов, изменения формулировки или повторения инструкции. Мы увидим, что детей, не выполнивших задания, можно распределить на несколько групп: одни дети после оказания помощи довольно быстро ориентируются в задании и правильно его выполняют; другие будут по-прежнему затрудняться в выполнении задания.

Допустим, ребенок не понял поставленной перед ним задачи. Предложим ему рассмотреть каждую картинку и назвать ее вслух. После такой предварительной работы задача обычно приобретает для ребенка более определенный смысл и он с ней справляется. Бывают случаи, когда ребенок не справляется с задачей и в этих условиях, но быстро научается проводить классификацию после показа.

Если у ребенка преобладают ситуационные обобщения, надо попытаться наглядно показать ему на примерах разницу между классификацией по ситуационному и отвлеченному признакам и предложить альтернативу, подобную следующей: «Куда лучше положить козу — в одну группу с волком или в одну группу с капустой?» После показа надо дать возможность ребенку самостоятельно распределить другие картинки по показанному образцу.

Некоторые дети, наиболее трудные в отношении дифференциальной диагностики, правильно выполняют первоначальное задание. Дальнейшая работа по укрупнению и разукрупнению групп, словесный отчет ребенка о проделанной работе дают основание судить об имеющихся у него затруднениях.

Тщательное исследование всех этих моментов имеет особенно большое значение для дифференциальной диагностики, так как различие между умственно отсталыми и другими группами отстающих в развитии детей лежит не столько в том, какие ошибки они делают в процессе самостоятельной работы, сколько в том, как они воспринимают и используют оказанную им помощь. О том, какое значение имеют все описанные факты для диагностических целей, будет рассказано в главе «Составление заключения о ребенке».

Ценность метода классификации во всех его вариантах заключается главным образом в том, что он дает возможность наблюдать в развернутом виде весь процесс мыслительной деятельности ребенка, который в условиях эксперимента оказывается вынесенным наружу и доступным для исследования. Ребенок размышляет, раскладывая и перекладывая карточки. При этом

изменение условий его работы в значительной степени находится в руках экспериментатора.

Изучить весь процесс, разобраться в трудностях и ошибках, какие допускает ребенок, неизмеримо важнее, чем оценить готовый результат.

Запись хода эксперимента должна быть по возможности подробной, сплошной; в ней необходимо отразить все этапы работы ребенка. Без протокола эксперимент недействителен, так как при этом анализ процесса и результатов выполнения задания невозможен. Один лишь факт правильного или ошибочного решения задачи диагностического значения иметь не может.

В данном разделе вниманию врача и педагога были предложены экспериментально-психологические исследования и простейшие приемы, которые могут быть использованы как вспомогательные при уточнении диагноза умственной отсталости.

СОСТАВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Заключение представляет собой синтез проведенных исследований и представленных в медико-педагогическую комиссию материалов о ребенке.

Необходимыми элементами заключения являются:

- 1) краткий анализ данных обследования;
- 2) подробный диагноз;
- 3) обоснование диагноза и дифференциальная диагностика;
- 4) указание типа учреждения, куда может быть направлен ребенок, а также необходимых медицинских и педагогических мероприятий.

Составление заключения о ребенке, который подлежит направлению во вспомогательную школу

В тех случаях, когда анализ всего полученного материала говорит о том, что ребенок подлежит направлению во вспомогательную школу, в заключении необходимо указать:

- 1) данные анамнеза, а также неврологического и соматического исследований, которые выявляют остаточные симптомы перенесенного в прошлом органического поражения мозга и его этиологию;
- 2) результаты клинического обследования, которые с наибольшей отчетливостью обнаруживают основной симптом олигофрении — нарушение сложных форм познавательной деятельности в результате перенесенного органического поражения;
- 3) заключение о том, умеет ли ребенок использовать помощь при выполнении задания, что является одним из важнейших признаков отграничения умственно отсталых детей от детей с различными видами задержки развития;
- 4) особенности речи, моторики и личности ребенка в целом;
- 5) наличие отчетливо выраженных грубых нарушений слуха, зрения или же резких изменений работоспособности там, где это имеет место.

Вслед за подробным диагнозом следуют его обоснование, дифференциальная диагностика и, наконец, указание типа учреждения и необходимых мероприятий.

Составление заключения о ребенке, который не подлежит направлению во вспомогательную школу

В отношении этой группы детей особенно важно:

- 1) отразить в заключении характер имеющихся затруднений в обучении и объяснить их причины;
- 2) когда речь идет о детях, у которых затруднения в обучении обусловлены в основном недоразвитием речи, необходимо установить связь этих затруднений с речевым нарушением; показать, что недоразвитие познавательной деятельности носит вторичный характер. Желательно также на основе логопедических исследований показать структуру речевого дефекта;
- 3) показать, что у детей с цереброастеническими состояниями затруднения в обучении не вытекают из недоразвития их познавательной деятельности, а обусловлены снижением работоспособности, которая носит непостоянный динамический характер;
- 4) обратить внимание на своеобразие личности ребенка, отличающее его от умственно отсталых детей;
- 5) в заключении указать, в каком типе учреждения нуждается данный ребенок и какие должны быть приняты педагогические и оздоровительные мероприятия.

Заключение составляет врач-психоневролог совместно с педагогом-дефектологом и утверждают все члены комиссии за подписью председателя. Материалы обследования и заключения хранятся в архиве медико-педагогической комиссии. Копия заключения передается в школу, в которой будет обучаться ребенок.

* * *

Приводим образцы протоколов заключений, составленных на основе исследования ребенка в медико-педагогической комиссии.

Образцы заключений, составленных при исследовании ребенка в медико-педагогической комиссии

а) Заключение о ребенке, направляемом во вспомогательную школу

Юра Ф., 9½ лет, направлен из I класса массовой школы с жалобами на неуспеваемость.

Анамнез. Ребенок от пятой беременности. На восьмом месяце беременности мать упала, вследствие чего у нее началось кровотечение. Родился мальчик в глубокой асфиксии. Раннее развитие протекало со значительной задержкой: зубы — к одному году, ходьба — к концу второго года жизни. Первые слова — с трех лет. Мальчик 4½ лет был направлен в детский сад, где воспитатели вскоре обратили внимание на недостаточный запас слов, нечеткость произношения. Мальчик не умел играть с детьми, был неуклюж, малоподвижен, не понимал сказок, не заучивал стихов. Восьми лет Юра поступил в массовую школу, где не успевал по всем предметам, остался на второй год и был направлен на медико-педагогическую комиссию.

Данные исследования

По физическому развитию мальчик несколько отстает от возраста. Со стороны нервной системы отмечается диффузная, остаточная симптоматика, проявляющаяся гиперкиндом.

При исследовании состояния школьных знаний и навыков обнаружено, что мальчик не знает ни одной буквы. Считает в пределах 5, но обратного счета не знает. Соотношение числового ряда пересчета предметов неустойчивое. Запас слов недостаточный. Пересказать прочитанный ему рассказ из букваря может только по вопросам. Объяснить содержание сюжетной картинки в целом не может, ограничивается перечислением отдельных предметов и действий. Специальное исследование мальчика с использованием наглядного материала обнаруживает значительное недоразвитие отвлечения и обобщения. При классификации картинок он не может справиться с заданием, так как не понимает цели распределения картинок по группам. В процессе беседы обнаруживается недостаточная ориентировка мальчика в окружающем. Юра не ориентируется в ситуации, не осознает и не переживает своих затруднений в обучении. Исследование обнаружило отсутствие грубых изменений в пределах деятельности анализаторов. Показ и объяснения Юра не использует и не может перенести на новый материал.

Диагноз: Олигофрения в степени дебильности. Все вышеприведенные данные свидетельствуют о резком недоразвитии познавательной деятельности ребенка. Это своеобразное недоразвитие возникло с самого раннего детства, на основе перенесенного травматического поражения центральной нервной системы во внутриутробном периоде (геморрагия плода на восьмом месяце беременности). Грубость и диффузность недоразвития познавательной деятельности и всей личности ребенка в целом и возникшее на этой основе затруднение в обучении, а также неумение ребенка использовать помощь дают право говорить об олигофрении и направлении ребенка для обучения во вспомогательную школу.

б) Заключение о ребенке, не подлежащем направлению во вспомогательную школу

Сергея Х., 8½ лет. Направлен из I класса массовой школы как неуспевающий ученик-второгодник. Ребенок от второй беременности. Родился в легкой асфиксии. В 1½ года перенес тяжелый грипп с менингеальными явлениями. Ходить начал двух лет, первые слова в 3 года. С пяти лет посещал детский сад. Предпочитал играть с младшими детьми. В школу пошел семи лет. Первое время не мог привыкнуть к школьной обстановке. На уроке был внимателен только первые 10—15 минут. Быстро утомлялся. Иногда вставал во время урока, ходил по классу. Часто, не вслушиваясь в объяснения учителя, не мог выполнить предложенного задания, учебные пособия использовал как игрушки. К концу первого года обучения почти никаких школьных навыков не приобрел. Оставлен на второй год. В начале следующего года постепенно включился в школьные занятия, но успевать за классом не мог. Отдельные разделы программы остались неувоенными. Мальчик плохо справлялся с письменными работами в классе. Домашних заданий большей частью не выполнял. В середине II четверти направлен на обследование как не справляющийся с программой массовой школы.

Данные исследования

По физическому развитию несколько отстает от своего возраста, со стороны нервной системы изменений нет.

При исследовании школьных навыков выяснилось, что Сергей знает буквы, но читает плохо, набирает слова по одной букве. При письме букв и цифр наблюдается зеркальность. Прямой счет до 10, обратного счета нет. Может производить сложение на наглядном материале, но вычитать не может. При выполнении заданий на школьном материале Сергей быстро утомляется, ста-

новится вялым, пассивным. В игровой деятельности он активен и инициативен. В условиях индивидуальных занятий удается заинтересовать мальчика предложенными заданиями. После того как ему были показаны дополнительные приемы слогового чтения, Сережа довольно быстро понял и правильно их использовал. Точно так же в специально созданной для него ситуации он сумел понять и применить на конкретном материале приемы вычитания. При исследовании познавательной деятельности выяснилось, что мальчик может понять содержание прочитанного ему рассказа и пересказать его с помощью наводящих вопросов. Содержание сюжетной картинки Сережа понимает. Ему доступна задача классификации картинок, хотя выполнить ее самостоятельно он затрудняется.

Ориентировка в окружающем у мальчика достаточная. В то же время в беседе выявляется недостаточное осознание своих затруднений в обучении.

Диагноз. Временная задержка развития у ребенка после перенесенного заболевания центральной нервной системы.

Как показывают данные обследования, уровень развития познавательной деятельности Сережи вполне достаточен для того, чтобы овладеть программой I класса. Доказательством того, что неуспеваемость мальчика не обусловлена недоразвитием его познавательной деятельности, является также способность использовать оказанную ему помощь.

В основе его отставания в обучении лежит задержка развития, которая в раннем детстве проявлялась в запоздалом развитии ходьбы и речи, а с наступлением школьного возраста — в некотором затруднении усвоения школьных знаний и навыков. Он был неустойчив, быстро утомлялся, не успевал за классом.

В силу того что с самого начала обучения ему не была оказана необходимая в данном случае помощь в занятиях, он скоро стал отстающим учеником.

Отставание его все более нарастало по мере усложнения программы.

Мальчик должен остаться в массовой школе, где он первое время будет нуждаться в индивидуальной помощи педагога.

«Утверждаю»
Министр
просвещения СССР
М. Прокофьев
12 февраля 1969 г.

«Согласовано»
Заместитель министра
здравоохранения СССР
А. Серенко
4 февраля 1969 г.

Типовое положение о республиканской медико-педагогической комиссии

Цели и задачи

- Республиканская медико-педагогическая комиссия:
- рассматривает диагностически сложные и конфликтные случаи на основании представления областных медико-педагогических комиссий;
 - оказывает помощь в организации работы областных (районных, городских) медико-педагогических комиссий;
 - организует мероприятия по повышению квалификации врачей и педагогов—членов областных (районных, городских) медико-педагогических комиссий;
 - участвует в разработке предложений по развитию сети специальных школ республики и мер по улучшению дела обучения, воспитания и медицинской помощи детям с дефектами умственного и физического развития.

Состав и организация работы республиканской медико-педагогической комиссии

1. В состав республиканской медико-педагогической комиссии входят высококвалифицированные специалисты (детский психоневролог или психиатр, отоларинголог, офтальмолог, ортопед, логопед, педагог-дефектолог), представители Министерства просвещения (народного образования) и Министерства здравоохранения республики.

2. Персональный состав республиканской медико-педагогической комиссии утверждается Министерством просвещения (народного образования) и Министерством здравоохранения республики.

Из числа членов комиссии избирается председатель и его заместитель.

¹ См.: «Положения о республиканской и областной медико-педагогических комиссиях. Инструкции по приему в школы для детей с дефектами умственного и физического развития». М., Изд-во Министерства просвещения СССР, 1969.

3. Республиканская медико-педагогическая комиссия собирается на заседания регулярно по мере необходимости. Заседания комиссии протоколируются.

Решения республиканской медико-педагогической комиссии являются окончательными.

4. В период между заседаниями члены комиссии знакомятся с работой областных медико-педагогических комиссий, проводят консультации по организации, формам и методам работы этих комиссий, по методике обследования детей и принципам отбора в спецшколы.

5. В дни участия в заседаниях республиканской медико-педагогической комиссии и выполнения ее заданий члены комиссии освобождаются от своих обязанностей по основному месту работы.

6. Республиканская медико-педагогическая комиссия работает на базе лечебно-профилактического, научно-исследовательского или школьного учреждения, где имеются необходимые условия для всестороннего обследования детей.

7. Контроль за деятельностью республиканской медико-педагогической комиссии осуществляется Министерством просвещения (народного образования) и Министерством здравоохранения республики.

Главное управление школ
Министерства просвещения СССР

Главное управление
лечебно-профилактической помощи
детям и матерям
Министерства здравоохранения СССР

«Утверждаю»
Министр
просвещения СССР
М. Прокофьев
12 февраля 1969 г.

«Согласовано»
Заместитель министра
здравоохранения СССР
А. Серенко
4 февраля 1969 г.

Типовое положение об областной медико-педагогической комиссии

Цели и задачи

Областная медико-педагогическая комиссия:

— осуществляет дифференцированный отбор детей с дефектами умственного и физического развития в специальные школы системы просвещения согласно инструкциям по приему в спецшколы;

— дает рекомендации к направлению в лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения, а также в учреждения социального обеспечения детей, не подлежащих обучению в школах по состоянию здоровья и интеллекта;

- решает вопросы о выводе из спецшкол или переводе из школ одного типа в другой;
- консультирует родителей и педагогов по вопросам лечения, воспитания и обучения детей с легкими отклонениями в развитии, не подлежащих направлению в спецшколы.

Состав и организация работы областной медико-педагогической комиссии

1. Медико-педагогическая комиссия организуется при областном отделе народного образования.
Примечание. В республиках, не имеющих областного деления, а в случае необходимости и при наличии условий и в областях при районном городском отделе народного образования могут создаваться медико-педагогические комиссии, которые в своей работе руководствуются данным Положением.
2. В состав областной медико-педагогической комиссии входят: представитель областного отдела народного образования — председатель комиссии;
— представитель областного отдела здравоохранения — заместитель председателя комиссии;
— члены комиссии: детский психоневролог или психиатр, педагог-дефектолог, логопед, секретарь комиссии.
3. Персональный состав медико-педагогической комиссии утверждается областными отделами народного образования и здравоохранения.
4. Медико-педагогические комиссии работают по мере необходимости.
5. В дни работы областной медико-педагогической комиссии члены комиссии освобождаются от своих обязанностей по основному месту работы.
6. В областную медико-педагогическую комиссию районными отделами народного образования направляются списки детей для обследования и документы на каждого ребенка (приложение).
7. На основании полученных документов секретарь комиссии назначает время приема и извещает об этом школу и родителей или лиц, их заменяющих.
8. При обследовании ребенка на комиссии присутствие родителей или лиц, их заменяющих, обязательно.
9. Медико-педагогические комиссии ведут журнал приема.
10. Данные медико-педагогического обследования каждого ребенка протоколируются.
11. Комплектование специальных школ производит областной (районный, городской) отдел народного образования на основании заключения медико-педагогической комиссии.
Родители или лица, заменяющие их, получают путевки в соответствующие спецшколы, а заключения комиссии и документы ребенка высылаются в школу.

Определение уровня подготовленности и распределение учащихся по классам производятся школьными комиссиями.

Медико-педагогические комиссии в своей работе руководствуются Инструкцией по приему детей в спецшколу соответствующего типа.

12. Заключение медико-педагогической комиссии о детях, подлежащих лечению, направляются в областной отдел здравоохранения для определения ребенка в соответствующее лечебное учреждение.

13. Прием детей в спецшколы, отчисление или перевод из школы одного типа в другой без заключения областной (районной, городской) медико-педагогической комиссии не разрешаются.

14. В тех случаях, когда окончательный диагноз о степени умственной отсталости может быть установлен лишь в процессе учебно-воспитательной работы, ребенок направляется в спецшколу с целью уточнения диагноза сроком не более одного учебного года. В случае необходимости по истечении этого срока он повторно обследуется для окончательного принятия решения.

Примечание. При наличии необходимого количества таких детей допускается организация диагностического класса в составе одной из спецшкол.

15. Контроль за правильной организацией работы областной медико-педагогической комиссии возлагается на заведующих областными отделами народного образования и здравоохранения.

Главное управление школ
Министерства просвещения СССР

Главное управление
лечебно-профилактической помощи
детям и матерям
Министерства здравоохранения СССР

Приложение

Перечень документов, представляемых на медико-педагогическую комиссию

1. Педагогическая характеристика учащегося, отражающая данные о продолжительности его обучения в школе, подробный анализ успеваемости и поведения, мероприятия, проведенные в целях повышения его успеваемости (индивидуальная помощь, лечение и др.).

2. Письменные работы учащегося.

3. Подробная выписка из истории развития ребенка, подписанная главным врачом детской поликлиники с заключениями:
— педиатра об общем состоянии ребенка,

- психоневролога с обоснованным медицинским диагнозом и характеристикой умственного развития,
- отоларинголога с характеристикой состояния уха, горла, носа и органов, принимающих участие в артикуляции речи (привести данные о восприятии разговорной и шепотной речи, желательны данные аудиотранграммы),
- офтальмолога с характеристикой органа зрения и с развернутым диагнозом,
- врача-ортопеда (для детей с нарушением функции опорно-двигательного аппарата).

4. Свидетельство о рождении предъявляется.
Примечание. На детей, не обучавшихся в школе, предъявляются документы, указанные в пп. 3, 4.

Главное управление школ
Министерства просвещения СССР

Главное управление
лечебно-профилактической помощи
детям и матерям
Министерства здравоохранения СССР

«Утверждаю»
Заместитель министра
просвещения СССР
М. Кондаков
11 февраля 1969 г.

«Утверждаю»
Заместитель министра
здравоохранения СССР
А. Серенко
4 февраля 1969 г.

Инструкция по приему детей во вспомогательные школы и школы-интернаты

I. Приему во вспомогательные школы и школы-интернаты подлежат:

- а) учащиеся младших классов (I—III) общеобразовательных школ в возрасте 7—11 лет, испытывающие затруднения в обучении, а также дети 7—11-летнего возраста, не обучавшиеся в школе, имеющие соответствующее заключение психоневрологического учреждения;
- б) дети старше 11 лет, в порядке исключения, могут направляться в специально организованный для них класс, в составе одной из вспомогательных школ. Вопрос об открытии таких классов решается областными (краевыми) отделами народного образования.

II. Медицинскими показаниями к приему во вспомогательные школы и школы-интернаты являются:

- а) олигофрения в степени дебильности;

б) интеллектуальная недостаточность, обусловленная травматическими или органическими поражениями мозга, возникшими на более поздних этапах развития ребенка (резидуальные состояния после менингитов и менинго-энцефалитов);

в) эпилепсия, сопровождающаяся снижением интеллекта (только при наличии редких ночных припадков);

г) дефектная стадия шизофренического процесса (без выраженных психотических симптомов).

III. Не подлежат направлению во вспомогательные школы и школы-интернаты:

а) дети, имеющие нормальный интеллект при наличии снижения слуха, зрения, нарушения речи, моторики, временной задержки развития, педагогической запущенности, с глубоким астеническим состоянием;

б) дети с умственной отсталостью в степени имбецильности и идиотии;

в) дети с частыми и длительными припадками или периодическими приступами возбуждения, требующие специального лечения в условиях стационара;

г) со слабоумием на почве шизофрении в периоды обострений.

IV. Направление во вспомогательные школы и школы-интернаты производится на основании решения медико-педагогической комиссии.

Директор школы несет личную ответственность за прием детей в школу без соответствующего решения комиссии.

V. Если в процессе учебной работы будет установлен недостаток перевода ребенка в общеобразовательную школу или спецшколу другого типа, школа обязана оформить документы и сделать соответствующее представление для его повторного обследования на медико-педагогической комиссии.

Главное управление школ
Министерства просвещения СССР

Главное управление
лечебно-профилактической помощи
детям и матерям
Министерства здравоохранения СССР

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. <i>Проблема отбора детей во вспомогательную школу</i>	
1. Задачи вспомогательной школы	4
2. Проблема умственной отсталости и отбор детей во вспомогательные школы	6
Глава II. <i>Дети, не успевающие в младших классах массовой школы</i>	
1. Неуспеваемость детей в массовой школе и задачи учителя в оценке причин неуспеваемости	19
2. Собираание материала для педагогической характеристики	29
Глава III. <i>Дети, подлежащие направлению во вспомогательную школу</i>	
1. Дети-олигофрены	40
2. Дети с умственной отсталостью, возникшей в результате травматического поражения мозга	76
3. Дети с умственной отсталостью, возникшей в результате перенесенных ими менинго-энцефалитов	81
4. Дети с текущим эпилептическим процессом	85
5. Дети с шизофреническим слабоумием	92
Глава IV. <i>Дети, не подлежащие направлению во вспомогательную школу</i>	
1. Дети с временной задержкой общего развития	96
2. Дети с цереброастеническими состояниями	108
3. Дети с дефектами слуха и речи	115
Глава V. <i>Методы клинического исследования ребенка в медико-педагогической комиссии</i>	
1. Основы клинического изучения ребенка в медико-педагогической комиссии	123
2. Анамнез	126
3. Соматическое исследование	132
4. Неврологическое исследование	137
5. Логопедическое исследование	146
6. Психопатологическое исследование	151
Глава VI. <i>Методы психолого-педагогического исследования ребенка в медико-педагогической комиссии</i>	
1. Принципы психолого-педагогического исследования ребенка в медико-педагогической комиссии	157
2. Метод беседы	162
3. Наблюдение за игровой деятельностью ребенка	166
4. Исследование состояния школьных навыков	170
5. Изучение понимания ребенком литературного текста	192
6. Использование наглядных средств при исследовании познавательных процессов	200
Глава VII. <i>Составление заключения о ребенке</i>	
Приложение	218

Результаты	123
Результаты	120
Результаты	122
Результаты	117
Результаты	146
Результаты	151
Результаты	157
Результаты	162
Результаты	166
Результаты	170
Результаты	192
Результаты	200
Результаты	218

68-11

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Куклы с синдромом Дауна стали лучшими игрушками 2020 года

В этом году 24 бренда презентовали 81 игрушку для участия в конкурсе



Продвижение разнообразия

Куклы — представители разных рас с синдромом Дауна испанского бренда



неандерталец
в музее.



едоров
ает тайну
евала
глова

ТОП-5
НЕДЕЛИ

Weekend

САМЫЕ ГЛАВНЫЕ ИДЕИ И События в выходные

metro



Первая роль Дочка Учителя сыграла сына Цоя

В прокат вышла картина «Цой». Режиссёр Алексей Учител рассказал Metro, как подбирал актёров на роли, каким запомнил Виктора Цоя и что думает про желание родственников музыканта запретить фильм

etroWeekend читай и обсуждай на сайте metronews.ru

PICTOCOLLAGES



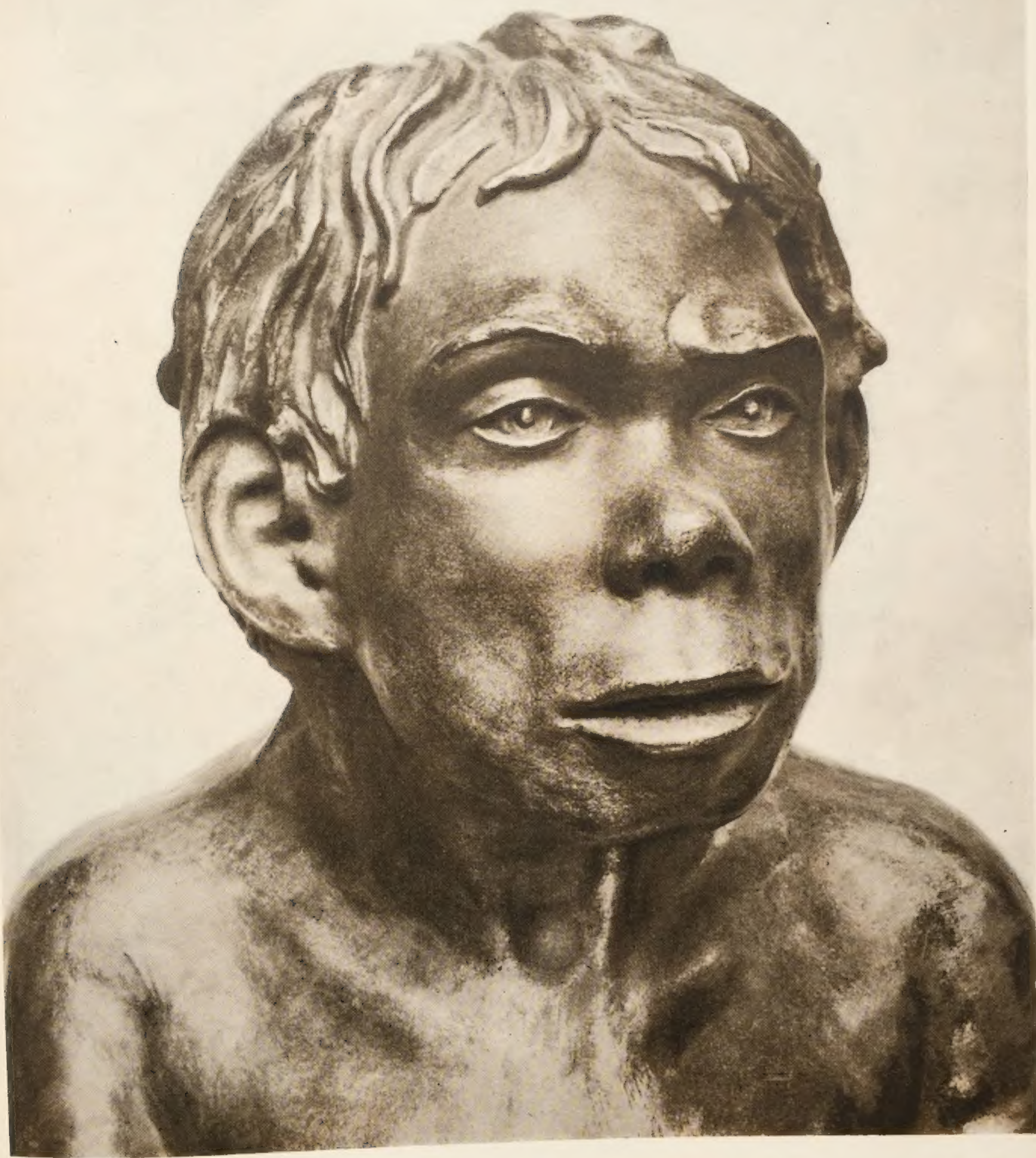
Неандертальский ребёнок



В Узбекистане в 1938-39 годах археологом А.Окладниковым была открыта стоянка мустьерской культуры и обнаружены останки скелета (череп и некоторые кости) мальчика-неандертальца (по последним данным – девочки) 8—9 лет. Череп из пещеры Тешик-Таш характеризуется большой вместимостью (1490 см³), надглазничным валиком, выступающим носом. В культурных слоях (до 1,5 м толщины) найдены кости горного козла, дикой лошади, медведя, оленя и других животных, а также многочисленные каменные изделия (дисковидные нуклеусы, скрёбла и другие). Основным источником существования обитателей пещеры, была охота.

Реконструкция облика мальчика из пещеры Тешик-Таш





Мальчик неандерталец из Тешик-Таши



#Телеканал360 #миссКузбас #преступление

Вынес в пакетах из-под мусора: чиновник расчленил «мисс Кузбасс» и выкинул в реку

15 604 просмотра...

👍 496 🗑 НЕ НРАВИТСЯ ➦ ПОДЕЛИТЬСЯ ➦ СОХРАНИТЬ ...

Телеканал 360

ВЫ ПОДПИСАНЫ



Итоги встречи Зеленского с Джонсоном. Прямая...

Телеканал 360
Зрителей 399

СЕЙЧАС В ПРЯМОМ ЭФИРЕ

Спортлото-82 (комедия,